

Université de Montréal

Traitement de la douleur chronique non cancéreuse à l'aide d'opioïdes : efficacité à long terme

par

Hichem Saïdi

Département de pharmacologie

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences
en Pharmacologie

Novembre, 2015

© Hichem Saïdi, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Traitement de la douleur chronique non cancéreuse à l'aide d'opioïdes : efficacité à long
terme

Présenté par :

Hichem Saïdi

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Guy Rousseau, président-rapporteur
Manon Choinière, directrice de recherche
Gilles Lavigne, membre du jury

Résumé

La douleur chronique non cancéreuse (DCNC) est un phénomène complexe et des interventions multimodales qui abordent à la fois ses dimensions biologiques et psychosociales sont considérées comme l'approche optimale pour traiter ce type de désordre. La prescription d'opioïdes pour la DCNC a augmenté d'une façon fulgurante au cours des deux dernières décennies, mais les preuves supportant l'efficacité à long terme de ce type de médicament en termes de réduction de la sévérité de la douleur et d'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de DCNC sont manquantes. L'objectif de cette étude était d'investiguer dans un contexte de vraie vie l'efficacité à long terme des opioïdes pour réduire l'intensité et l'impact de la douleur et améliorer la qualité de vie reliée à la santé des patients souffrant de DCNC sur une période d'une année.

Méthodes: Les participants à cette étude étaient 1490 patients (âge moyen = 52,37 (écart-type = 13,9); femmes = 60,9%) enrôlés dans le Registre Québec Douleur entre octobre 2008 et Avril 2011 et qui ont complété une série de questionnaires avant d'initier un traitement dans un centre multidisciplinaire tertiaire de gestion de la douleur ainsi qu'à 6 et 12 mois plus tard. Selon leur profil d'utilisation d'opioïdes (PUO), les patients ont été classés en 1) non-utilisateurs, 2) utilisateurs non persistants, et 3) utilisateurs persistants. Les données ont été analysées à l'aide du modèle d'équation d'estimation généralisée.

Résultats: Chez les utilisateurs d'opioïdes, 52% en ont cessé la prise à un moment ou à un autre pendant la période de suivi. Après ajustement pour l'âge et le sexe, le PUO a prédit d'une manière significative l'intensité de la douleur ressentie en moyenne sur des périodes de 7 jours ($p < 0,001$) ainsi que la qualité de vie physique (pQDV) dans le temps ($p < 0,001$). Comparés aux non-utilisateurs, les utilisateurs persistants avaient des niveaux significativement plus élevés d'intensité de douleur et une moins bonne pQDV. Une interaction significative a été trouvée entre le PUO et le temps dans la prédiction de l'intensité de douleur ressentie à son maximum ($p = 0,001$), les utilisateurs persistants sont ceux rapportant les scores les plus élevés à travers le temps.

Une interaction significative a aussi été observée entre le PUO et le type de douleur dans la prédiction de l'impact de la douleur dans diverses sphères de la vie quotidienne (p

= 0,048) et de la mQDV ($p = 0,042$). Indépendamment du type de douleur, les utilisateurs persistants ont rapporté des scores plus élevés d'interférence de douleur ainsi qu'une moins bonne mQDV par rapport aux non-utilisateurs. Cependant, la magnitude de ces effets était de petite taille (d de Cohen $<0,5$), une observation qui remet en question la puissance et la signification clinique des différences observées entre ces groupes. **Conclusion:** Nos résultats contribuent à maintenir les doutes sur l'efficacité d'une thérapie à long terme à base d'opioïdes et remettent ainsi en question le rôle que peut jouer ce type de médicament dans l'arsenal thérapeutique pour la gestion de la DCNC.

Mots-clés : opioïdes; douleur chronique; Registre Québec Douleur; traitement multidisciplinaire de la douleur; efficacité du traitement; profil d'utilisation d'opioïdes

Abstract

Chronic non-cancer pain (CNCP) is a complex phenomenon and multimodal interventions that address both its biological and psychosocial dimensions are considered as the optimal approach for treating this type of disorder. Prescription of opioids for CNCP has dramatically increased over the past two decades but little is known about the long-term effectiveness of this type of medication for reducing pain severity and improving quality of life of CNCP patients. The objective of the present study was to investigate in a real life context the long-term effectiveness of opioids for reducing pain intensity and interference, and improving health-related quality of life in patients with CNCP over a one-year period. **Methods:** Participants were 1,490 patients (mean age = 52.37 (SD = 13.9); female = 60.9%) enrolled in the Quebec Pain Registry between October 2008 and April 2011 who completed a series of questionnaires before initiating treatment at a tertiary multidisciplinary pain management facility as well as 6 and 12 months thereafter. Based on their opioid use profile (OUP), patients were categorized into 1) non users, 2) non-persistent users, and 3) persistent users. Data were analyzed using generalized estimating equation models. **Results:** Among the users of opioids, 52% stopped taking them during the follow-up period. After adjusting for age and sex, patients' OUP significantly predicted pain intensity felt during 7-day periods ($p < 0.001$) and physical quality of life (pQOL) over time ($p < 0.001$). Compared to non-users, persistent users had significantly higher levels of pain intensity and poorer pQOL. A significant interaction was found between patients' OUP and time in the prediction of worst pain intensity ($p = 0.001$) but the persistent users reported the highest pain scores across time. A significant interaction was also observed between patients' OUP and type of pain in the prediction of pain interference ($p = 0.048$) and mental quality of life (mQOL) ($p = 0.042$). Irrespective of the type of pain they suffered, persistent users reported higher pain interference scores and lower mQOL compared to non users. However, all effect sizes were small (Cohen's $d < 0.5$), thus questioning the power and clinical significance of these group differences. **Conclusion:** These results contribute to the debate by adding evidences on the

effectiveness of long term opioid therapy and question the role this type of medication should play in the therapeutic arsenal for managing CNCP.

Keywords : opioids; chronic pain; Quebec Pain Registry; multidisciplinary pain management ; treatment effectiveness; opioid use profile

Table des matières

| | |
|--|------|
| Résumé | i |
| Abstract..... | iii |
| Table des matières | v |
| Liste des tableaux | vii |
| Liste des figures | viii |
| Liste des abréviations | ix |
| Remerciements | xii |
| Introduction..... | 1 |
| 1. La douleur chronique non cancéreuse (DCNC)..... | 1 |
| 1.1. Définition..... | 1 |
| 1.2. Types de DCNC..... | 1 |
| 1.3. Prévalence de la DCNC | 2 |
| 1.4. Impacts de la DCNC | 3 |
| 1.4.1. Conséquences physiques et psychosociales..... | 3 |
| 1.4.2. Conséquences économiques | 4 |
| 1.5. Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique..... | 5 |
| 2. Traitements de la DCNC | 7 |
| 2.1. Traitement pharmacologique de la DCNC | 7 |
| 2.2. Analgésiques opioïdes | 9 |
| 2.2.1. Historique | 9 |
| 2.2.2. Mécanismes d'action | 10 |
| 2.2.3. Effets secondaires des opioïdes | 11 |
| 2.2.4. Utilisation des analgésiques opioïdes et augmentation des prescriptions.... | 12 |
| 2.2.5. Tolérance, hyperalgésie et dépendance | 13 |
| 3. Efficacité des opioïdes dans le traitement de la DCNC..... | 15 |
| 3.1. Efficacité d'une administration à court terme..... | 16 |

| | | |
|--|---|-----|
| 3.1.1. | Soulagement de la douleur..... | 16 |
| 3.1.2. | Amélioration de la capacité fonctionnelle | 18 |
| 3.2. | Efficacité d’une administration à long terme..... | 19 |
| 3.2.1. | Soulagement de la douleur..... | 19 |
| 3.2.2. | Amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie | 21 |
| 3.3. | Résumé des études | 22 |
| 3.4. | Limitations des essais randomisés contrôlés sur l’efficacité des opioïdes | 23 |
| 4. | Pertinence du présent projet..... | 24 |
| 5. | Objectifs du projet | 24 |
| 5.1. | Objectif principal | 24 |
| 5.2. | Objectifs spécifiques..... | 24 |
| Article | | 25 |
| Discussion..... | | 50 |
| Conclusions..... | | 58 |
| Bibliographie | | 59 |
| ANNEXE I: Formulaire d’information et de consentement destiné aux participants | | 74 |
| ANNEXE II : Questionnaire Patient (visite initiale) | | 79 |
| ANNEXE III : Questionnaire infirmière (visite initiale) | | 104 |
| ANNEXE IV : Questionnaire Patient (suivi à 6 et 12 mois) | | 124 |
| ANNEXE V : Questionnaire infirmière (suivi à 6 et 12 mois)..... | | 148 |

Liste des tableaux

Introduction

| | |
|--|----|
| Tableau 1. Effets secondaires les plus courants des opioïdes [64-67]..... | 11 |
|--|----|

Article

| | |
|--|----|
| Table 1. Patient's demographics and pain characteristics at baseline according to the opioid use profile and for the total sample | 47 |
| Table 2. Generalized estimating equations results | 48 |
| Table 3. Worst pain intensity over time | 49 |

Liste des figures

Introduction

Figure 1. Modèle conceptuel proposé par Gatchel et coll. pour illustrer le processus interactif biopsychosocial impliqué dans la douleur chronique non cancéreuse : (American Psychologist, 2004, 59, 792-805) [38]. 6

Figure 2. Algorithme de la pharmacothérapie de la douleur chronique non cancéreuse de Lynch et Watson: (Pain Res Manage 2006;11(1):11-38) [53]. 8

Article

Figure 1. Study flow diagram 45

Figure 2. Results of the generalized estimating equations..... 46

Liste des abréviations

AINS: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AAPM: American Academy of Pain Medicine
APS: American Academy of Pain Medicine
BPI: Brief Pain Inventory
COX: Cyclooxygénases
CNCP: Chronic non cancer pain
DCNC: Douleur chronique non cancéreuse
DMN : Différence moyenne normalisée
DN4: Questionnaire de la douleur neuropathique selon 4 items
ERC: Essai randomisé contrôlé
GEE: Generalized estimating equations
HIO: Hyperalgésie induite par les opioïdes
IASP: International Association for the Study of Pain
IC: Intervalle de confiance
LP: Libération prolongée
MPTF: Multidisciplinary pain treatment facility
mQDV: Qualité de vie mentale
mQOL: Mental quality of life
NRS: Numeric rating scale
NSAID: Non-steroidal anti-inflammatory drugs
OIH: Opioid induced hyperalgesia
OUP: Opioid use profile
pQDV: Qualité de vie physique
pQOL: Physical quality of life
PUO: Profil d'utilisation d'opioïdes
QOL: Quality of life
QPR: Quebec Pain Registry
RCT: Randomized clinical trials

RQD: Registre Québec douleur

SD: Standard deviation

SF-12v2: Short-form-12 health survey version 2

SMD: Standardized mean difference

À mes chers parents,

À ma sœur et mes deux frères,

À tous les professeurs qui m'ont formé

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier et à exprimer ma sincère reconnaissance à ma directrice de recherche, Dr Manon Choinière, non seulement pour m'avoir fourni un encadrement de mérite tout au long de mes études, mais également pour son écoute, son soutien tant psychologique que financier et ses conseils. De par sa passion pour la recherche, sa disponibilité et ses encouragements, elle a su me motiver et me fournir un environnement de travail stimulant.

Mes grands remerciements vont également au Dr Gabrielle Pagé pour son importante contribution dans ce projet. Son aide, ses commentaires, son expertise en statistiques et ses encouragements ont été d'une très grande utilité pour la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier le Dr René Cardinal pour sa disponibilité, son support et ses conseils qui m'ont été très utiles tout au long de mon parcours de maîtrise. Merci également aux membres du département de pharmacologie de l'Université de Montréal.

Merci à toute l'équipe du Dr Manon Choinière et en particulier à mesdames Hélène Lanctôt, Lucie Germain, Linda Turgeon et Jocelyne Gagné pour leur soutien tout au long de mon parcours et pour leur convivialité.

Il m'est également très important de remercier le Dr Guy Rousseau ainsi que le Dr Gilles Lavigne pour avoir si gentiment accepté d'examiner mon mémoire. Sachez que votre temps et dévouement sont sincèrement appréciés.

Introduction

1. La douleur chronique non cancéreuse (DCNC)

1.1. Définition

Selon l'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion [1]. En termes de durée, la douleur non cancéreuse est considérée comme chronique lorsqu'elle persiste au-delà du délai normal de guérison (fixé généralement à 3 ou 6 mois) ou quand elle est associée à une maladie chronique progressive non cancéreuse (p.ex., arthrite rhumatoïde, sclérose en plaques) ou encore une cause inconnue [1-3].

1.2. Types de DCNC

Les types de DCNC se déclinent principalement en douleur nociceptive, neuropathique, mixte, idiopathique et psychogène.

La douleur nociceptive : est une sensation physiologique qui résulte d'une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques et de la transmission de l'influx nerveux par un système nerveux central et un système nerveux périphérique intacts [4, 5]. Elle est subdivisée en deux types :

- 1) La douleur somatique : douleur superficielle ou profonde due à une stimulation mécanique, chimique ou thermique [6].
- 2) La douleur viscérale : constante ou crampiforme, mal localisée et due à une distension des viscères [6].

La douleur neuropathique : Selon l'*International Association for the Study of Pain*, "la douleur neuropathique" est une douleur secondaire à un trouble ou à une maladie affectant le système somatosensoriel [7, 8]. Elle peut être causée par une lésion ou un dysfonctionnement dans le système nerveux [7]. Il s'agit d'un processus de mésadaptation non associé à un stimulus nocif ou à la cicatrisation des tissus [4].

La douleur mixte : Ce type de douleur présente à la fois une composante nociceptive et une composante neuropathique (par exemple les douleurs lombaires chroniques avec radiculopathie) [9, 10].

Il existe également d'autres types de DCNC tels que :

La douleur idiopathique : Cette douleur est sans cause apparente. C'est une DCNC qui n'est pas expliquée médicalement et qui présente des symptômes assez constants et continus pour évoquer un cadre diagnostique (p.ex., fibromyalgie ou syndrome myofascial) [11, 12]

La douleur psychogène ou « sine materia » : Elle est causée principalement par des facteurs psychologiques et son identification repose sur un diagnostic psychopathologique positif, tel que l'hypocondrie [7, 13].

1.3. Prévalence de la DCNC

En 2002, un sondage réalisé par Moulin et coll. auprès de 2012 Canadiens âgés de 18 ans et plus a montré que 29% d'entre eux rapportaient avoir des douleurs continues ou intermittentes depuis 6 mois ou plus [14]. Une autre enquête réalisée par Boulanger et coll. trois ans plus tard en utilisant la même méthodologie et le même questionnaire auprès de 1055 Canadiens adultes rapportait un taux de prévalence de DCNC de 25% [15]. Cependant, le taux de réponse pour ces deux études était bas (19,1% en 2002 et 20% en 2007). D'autres données issues d'études populationnelles sur de plus grands échantillons ont montré qu'entre 15 et 19% des Canadiens souffriraient de DCNC, les maux de dos et les désordres arthritiques arrivant en tête de ligne [16, 17].

Ailleurs dans le monde, les prévalences de la DCNC sont variables d'un pays à un autre. Dans leur revue systématique de la littérature, Harstall et Ospina ont rapporté des taux de prévalence allant de 10,1% à 55,2% des populations étudiées qui provenaient, entre autres, de l'Europe du nord-ouest, l'Amérique du Nord et l'Australie [18]. Il existe très peu d'étude portant sur la prévalence de la DCNC au sein de la population globale européenne [19], mais une étude a recensé des taux de prévalence de DCNC d'intensité

modérée à sévère ($\geq 5/10$ et présente au moins 2 jours/semaine) variant 12% et 30% selon les pays, avec une moyenne globale estimée à 19% [20].

La variabilité dans les taux de prévalence rapportés ci-haut est en partie attribuable à des différences dans la définition de la DCNC (durée, sévérité, fréquence, type et localisation), des méthodes de collecte des données (entrevue téléphonique, enquête postale, type de questionnaire, durée de la période d'investigation, sources de données, etc.), la taille et le type d'échantillons étudiés (p.ex., population générale vs pratique médicale) ainsi que l'hétérogénéité des populations sondées [21] .

Néanmoins, on peut dégager de toute cette littérature et ce, de façon conservatrice, qu'au moins une personne sur cinq souffre de DCNC. De plus, les différentes études épidémiologiques démontrent de façon systématique que plus de femmes que d'hommes souffrent de ce type de désordre et que la prévalence de la DCNC augmente avec l'âge et ce, quel que soit le sexe [14-16].

1.4. Impacts de la DCNC

1.4.1. Conséquences physiques et psychosociales

La DCNC a de nombreuses conséquences néfastes sur les malades et leur entourage. Une douleur persistante affecte le fonctionnement physique et a un impact important sur l'humeur des patients, leurs relations sociales et leur qualité de vie reliée à la santé [22, 23]. Selon Breivik et coll., la moitié de 4839 répondants souffrant de DCNC estimaient que l'exercice et les activités quotidiennes étaient difficiles à accomplir. Quarante pourcent d'entre eux rencontraient des difficultés dans leurs relations conjugales, alors que le tiers se sentaient moins capables de préserver leur indépendance [20].

Une enquête de l'Organisation mondiale de la santé réalisée auprès de 26 000 patients fréquentant des établissements de soins primaires a montré que les personnes souffrant de DCNC ont quatre fois plus de risque de développer un trouble anxieux ou dépressif par rapport à ceux sans douleurs persistantes [24]. Une autre étude menée à l'échelle mondiale par Demyttenaere et coll. auprès d'un total de 85 088 personnes a montré que la prévalence des troubles de dépression majeure chez les personnes souffrant

de DCNC variait entre 2.5% et 15.7% (selon le pays) alors qu'elle oscillait entre 0.8% et 6.6% chez les personnes qui ne souffrent pas de DCNC ; pour ce qui est des troubles anxieux chez les souffrants chroniques, ils variaient entre 0.2% et 8.7% contre 0% à 3% chez ceux sans DCNC [25]. Dans une revue systématique, Tang et Crane ont démontré l'existence d'un lien entre la DCNC et le suicide ; en effet chez les personnes souffrant de DCNC, le risque de mort par suicide est deux fois plus élevé que chez les personnes qui n'en souffrent pas et la prévalence des pensées et tendances suicidaires chez cette population est de l'ordre de 20%-i.e., trois fois plus élevée que chez la population générale [26].

Ohayon a étudié l'association entre la DCNC et la qualité du sommeil dans cinq pays européens et a rapporté que 23,3% des patients qui souffraient de DCNC présentaient des troubles du sommeil tel que l'insomnie, les réveils matinaux précoces, ou encore un sommeil perturbé ou non réparateur, en comparaison à 7,4% chez les participants sans douleur; et inversement, 40% de ceux qui rapportaient de l'insomnie souffraient de DCNC [27]. Dans leur revue de la littérature, Choinière et coll. concluent que la relation entre la DCNC et la mauvaise qualité du sommeil serait, de fait bidirectionnelle: la douleur provoque des troubles de sommeil et les troubles de sommeil exacerbent la DCNC [28].

La DCNC a un impact aussi important, sinon plus négatif sur la qualité de vie des patients comparés à des conditions médicales graves, y compris les maladies coronariennes [29] ou les accidents vasculaires cérébraux ischémiques [30].

1.4.2. Conséquences économiques

Le fardeau économique de la DCNC est aussi important voire plus important que sa prévalence. Une étude québécoise réalisée dans le secteur des soins primaires impliquant 349 patients avec de la DCNC et ayant une prescription active d'analgésique a révélé que la durée moyenne de leur douleur était de 11 ans et que 26% d'entre eux étaient dans une situation d'invalidité temporaire ou permanente. Les travailleurs actifs souffrant de DCNC avaient manqué, en moyenne, 24 jours de travail en raison de douleurs au cours des 6 derniers mois avec une perte moyenne de productivité de 25% [31]. Selon des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les patients souffrant de douleurs

neuropathiques et de fibromyalgie augmentent considérablement les coûts des soins de santé annuels. Ces coûts ont été évalués respectivement à 4 163 \$ et 4 065 \$ par patient et par année [32, 33]. Le total des coûts directs de soins de santé associés à la douleur chronique au Canada a été estimé à 400 millions de dollars par an [34]. Toutefois, les coûts directs de santé ne sont qu'une petite fraction des coûts sociaux liés à la DCNC. Dans une étude récente réalisée par Gaskin et Richard aux États-Unis, les coûts annuels directs et indirects de la DCNC ont été estimés entre 560 et 635 milliards de dollars en 2010, ces coûts étant plus importants que ceux d'autres maladies comme les maladies cardiaques, le cancer et le diabète [35]. En assumant que la population canadienne représente environ un dixième de celle des États-Unis, on arrive à des coûts qui se chiffrent à environ 60 milliards de dollars. Une autre étude récente menée au Québec auprès des patients souffrant de DCNC modérée à sévère traités en soins primaires a montré que les coûts directs annuels de la douleur et ceux associés à la perte de productivité étaient en moyenne respectivement de \$ 9 565 (\pm \$ 13 993) et \$ 7 072 (\pm \$ 11 716) par patient [36]. De plus, ces coûts augmentaient en fonction du degré d'interférence de la douleur dans diverses sphères de la vie quotidienne.

1.5. Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique

La DCNC est une expérience unique au plan individuel et constitue un phénomène très complexe de par les diverses dimensions qu'elle comporte et ses impacts néfastes et multiples sur la vie quotidienne. Le modèle conceptuel biopsychosocial proposé par Gatchel est l'approche la plus largement acceptée pour comprendre l'expérience de la DCNC et la façon de la traiter [37, 38]. Tel qu'illustré à la Figure 1, ce modèle différencie les concepts de «nociception» et «douleur» où le premier est l'expérience subjective qui résulte de la modulation de l'information sensorielle qui est véhiculée par les processus neuronaux à partir de la périphérie jusqu'au cerveau. Le second fait référence au fait que l'expérience de la douleur est unique pour chaque individu, car elle est modulée par les interactions réciproques entre des facteurs biologiques (p.ex., la génétique, les processus neuronaux dans le système nerveux central), psychologiques (p.ex., la cognition, les émotions, l'apprentissage passé), et sociaux (p.ex., le soutien social, la culture) [38]. Des interventions multimodales et interdisciplinaires qui abordent à la fois les dimensions

biologique et psychosociale de la DCNC sont non seulement reconnues comme un élément clé, mais sont considérées comme la meilleure approche de traitement pour ce type de désordre [39-41].

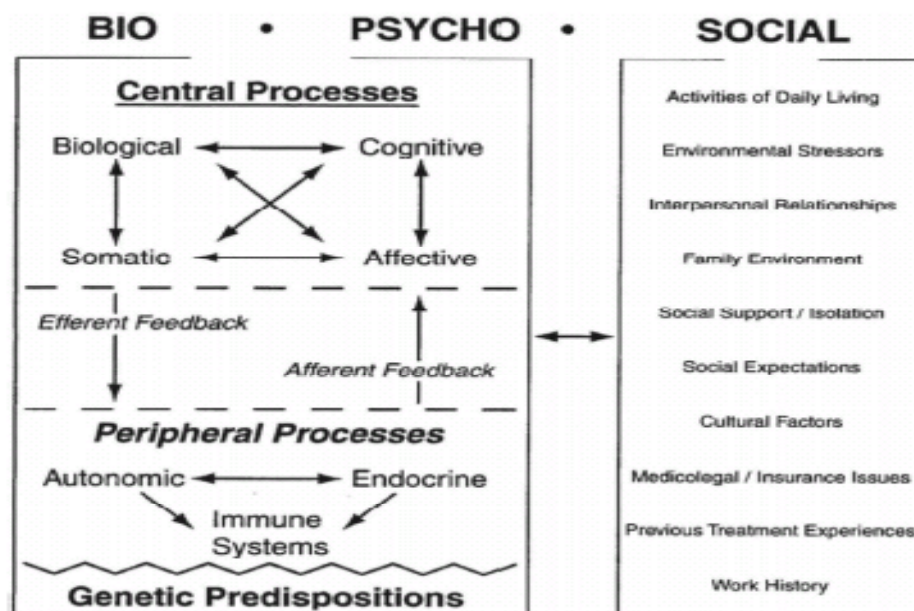


Figure 1. Modèle conceptuel proposé par Gatchel et coll. (2004) pour illustrer le processus interactif biopsychosocial impliqué dans la douleur chronique non cancéreuse : (American Psychologist, 2004, 59, 792-805) [38].

En résumé, il est estimé qu'au moins une personne sur cinq souffre de DCNC au Canada et ailleurs dans le monde. La DCNC représente un problème de santé majeur non seulement à cause de sa prévalence mais également à cause des effets extrêmement dévastateurs qu'elle peut avoir aux plans physique, psychologique, social et économique. En effet, les limitations fonctionnelles, la détresse psychologique, les troubles du sommeil et une qualité de vie détériorée font partie du quotidien de ces patients et génèrent des coûts directs et indirects extrêmement élevés pour la société. Contrairement à la douleur

aiguë, la DCNC ne représente pas un simple symptôme mais constitue une maladie à part entière [42, 43].

2. Traitements de la DCNC

Malgré des décennies de recherche dans ce domaine, la DCNC continue d'être souvent traitée de façon inadéquate (sous-traitée ou non traitée) ou encore d'une manière non optimale, avec un grand nombre de patients allant d'un médecin à l'autre à la recherche de soulagement [15, 44]. L'un des principaux obstacles à la gestion optimale de la DCNC est l'accès limité à des services de soins de santé optimaux (impliquant une prise en charge multidisciplinaire). Au Canada, de nombreux patients atteints de DCNC ont des difficultés à recevoir des soins appropriés parce qu'il y a relativement peu de cliniques de douleur et notamment celles offrant des soins multidisciplinaires ; les listes d'attente y sont très longues, certaines allant jusqu'à cinq ans [45-47]. Considérant que les patients atteints de DCNC peuvent voir leur condition se détériorer considérablement en termes de leur qualité de vie et leur bien-être psychologique pendant l'attente de traitements appropriés [46], un accès rapide aux services de soins de santé est essentiel. Cependant, les délais d'attente ne sont pas l'unique problème. La structure du système de prestation de services de santé à travers le continuum des soins primaires, secondaires et tertiaires est également déficiente compte tenu que peu de professionnels de santé notamment en première ligne ont des connaissances ou une formation suffisante pour évaluer et traiter la DCNC [48, 49].

2.1. Traitement pharmacologique de la DCNC

Bien qu'il soit reconnu que le traitement optimal de la DCNC requière une approche multimodale et interdisciplinaire, il demeure que les médicaments analgésiques occupent une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Les médicaments les plus utilisés pour traiter la DCNC sont les analgésiques non opioïdes, les co-analgésiques et les analgésiques opioïdes [50-52].

Le choix du traitement pharmacologique repose sur des algorithmes en fonction du type de la douleur (nociceptive, neuropathique ou mixte), de son intensité ainsi que de son

évolution avec le temps. La figure suivante élaborée par Lynch et Watson à partir d'une revue compréhensive de la littérature sur la pharmacothérapie de la DCNC illustre ce type d'algorithme [53].

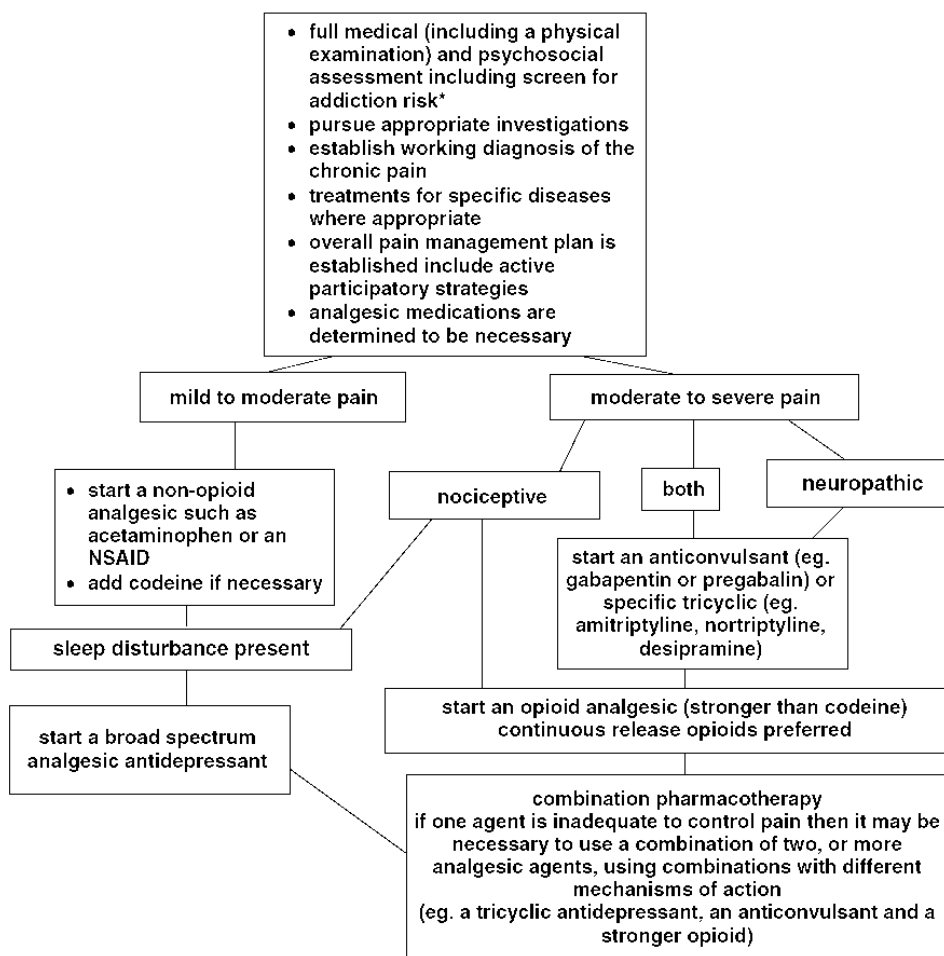


Figure 2. Algorithme de la pharmacothérapie de la douleur chronique non cancéreuse de Lynch et Watson (2006) [53]. Cette figure a été publiée dans Pain Res Manage 2006;11(1):11-38

L'approche analgésique pour le traitement de la DCNC se fait donc par palier et consiste à commencer le traitement avec un analgésique non opioïde (comme l'acétaminophène ou les AINS) qui peut être associé à un antidépresseur (p. ex., amitriptyline, désipramine) si le patient présente des symptômes de dépression ou si

l'efficacité du traitement n'est pas complète étant donné que les antidépresseurs ont également des propriétés analgésiques à faibles doses [52, 54]. Pour les douleurs neuropathiques d'intensité modérée à sévère, la prescription d'un analgésique adjuvant (anticonvulsivant (p.ex., gabapentine, prégabaline) ou antidépresseur) peut être utile; si le soulagement souhaité n'est toujours pas atteint, un analgésique opioïde peut être ajouté au traitement [55-57].

L'approche globale consiste donc en un processus par étapes afin d'identifier le type de médicament le plus efficace et son dosage optimal, et ce, avec le moins d'effets secondaires. Cependant, le médicament sera cessé et remplacé par un autre en cas d'inefficacité ou d'apparition d'effets secondaires intolérables [55]. Dans le cas où le soulagement n'est pas optimal, une approche multimodale est communément employée. En effet, l'analgésie multimodale consiste en l'association de plusieurs médicaments ayant des mécanismes d'actions différents et permet d'obtenir un effet synergique tout en diminuant les effets adverses [54, 55]. Un certain nombre d'études ont en effet démontré que l'analgésie multimodale est plus efficace que la monothérapie pour le soulagement de certaines conditions de douleurs chroniques telles que les douleurs neuropathiques [58, 59].

Par souci de parcimonie et compte tenu des objectifs de ce mémoire, les prochaines sections de la présente revue de la littérature porteront uniquement sur les analgésiques opioïdes.

2.2. Analgésiques opioïdes

2.2.1. Historique

« Les effets de l'opium sont connus probablement depuis plus de 5 000 ans avant J.-C., époque à laquelle les Sumériens cultivaient le pavot pour en extraire l'opium à des fins religieuses ou médicinales. Il a fallu attendre 1817 pour la publication par Sertürner de l'extraction du principe actif de l'opium qu'il nomma morphine, de Morphée, dieu du sommeil. La codéine a été isolée de l'opium quelques années plus tard. Vers les années

1850, la morphine commença à être utilisée au cours d'interventions chirurgicales, particulièrement durant la guerre entre la France et la Prusse et durant la guerre civile américaine. Durant la première moitié du XX^e siècle sont apparues les synthèses de différents morphiniques agonistes et agonistes antagonistes : N-allylnorcodéine, méthadone, N-allylnormorphine, morphine, péthidine (mépéridine en Amérique du Nord), puis celles des autres substances morphiniques au cours de la deuxième moitié de ce siècle. La mise en évidence de récepteurs morphiniques date du début des années 1970, puis est apparue celle des opioïdes endogènes et enfin le clonage des trois récepteurs opioïdes principaux : μ , δ et κ .» [5].

2.2.2. Mécanismes d'action

Les opioïdes produisent une analgésie en bloquant le signal nociceptif par action à trois niveaux différents : central, spinal, et périphérique du fait de la présence des récepteurs opioïdes à ces trois niveaux stratégiques des voies de la douleur [6, 60]. Ils sont classés en fonction de leur action sur les différents récepteurs opioïdes ainsi qu'en fonction de leur affinité à ces récepteurs [61]. Les agonistes purs (morphine, codéine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl et méthadone) stimulent les récepteurs μ et sont largement utilisés pour le traitement de la DCNC [53, 61]. La méthadone, avec sa longue durée d'action, peut aussi être utilisée dans le traitement de la toxicomanie aux opioïdes en occupant les récepteurs à opioïdes, prévenant ainsi l'apparition du syndrome de sevrage [61]. Le tramadol est quant à lui un agoniste faible des récepteurs μ qui mime certaines propriétés des antidépresseurs tricycliques en inhibant la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Cette double action lui confère une certaine efficacité dans le traitement de la DCNC notamment celle associée aux polyneuropathies diabétiques [51, 57]. Les agonistes-antagonistes (nalbuphine et buprénorphine) stimulent un certain type de récepteurs opioïdes et bloquent d'autres. Les antagonistes (naloxone, naltrexone) quant à eux bloquent les récepteurs opioïdes et n'affectent pas le seuil de douleur, ils sont utilisés principalement dans des situations de surdosage aux opioïdes pour traiter la dépression respiratoire [60].

2.2.3. Effets secondaires des opioïdes

L'utilisation des opioïdes dans le traitement de la douleur est limitée par les effets secondaires qu'ils engendrent, lesquels se traduisent principalement par des effets sur le système nerveux central et des effets gastrointestinaux [51, 62-64]. Parmi les effets au niveau central, la dépression respiratoire est certes la plus inquiétante car elle peut mener à la mort si un traitement n'est pas administré. Le tableau suivant liste les effets secondaires selon qu'ils disparaissent habituellement après quelques jours à cause d'un phénomène de tolérance ou selon qu'ils persistent tant et aussi longtemps que la médication est prise.

Tableau 1. Effets secondaires les plus courants des opioïdes [64-67].

| Effets secondaires qui diminuent généralement après quelques jours (tolérance) | Effets secondaires persistants (tout au long de la thérapie) |
|---|---|
| Nausées | Constipation |
| Vomissements | Prurit et démangeaisons |
| Somnolence | Retention urinaire |
| Étourdissements | |
| Troubles cognitifs | |
| Dépression respiratoire | |

La somnolence est un effet fréquemment rapporté par les patients qui consomment les opioïdes et elle est reliée à leurs propriétés anticholinergiques [62]. Une revue de différents essais randomisés contrôlés (ERCs) portant sur l'efficacité et la sécurité des opioïdes dans le traitement de la DCNC a rapporté que la somnolence et les étourdissements pouvaient être ressentis respectivement par 29% et 20% des patients [66]. La toxicité gastro-intestinale quant à elle se traduit par les nausées, les vomissements et la constipation [51, 62, 63]. Les nausées et les vomissements font partie des effets les plus fréquemment ressentis à l'initiation du traitement (30 à 60% des patients) [68].

Cependant, ces effets, tout comme la somnolence, disparaissent habituellement après quelques jours à cause d'un phénomène de tolérance (voir Tableau 1). Pour ce qui est de la constipation qui est elle aussi très fréquente [69], elle résulte de l'interaction des opioïdes avec les récepteurs μ localisés au niveau du tractus gastro-intestinal, entraînant une inhibition des sécrétions et de la motilité gastro-intestinale [67, 70]. Comme aucun phénomène de tolérance à cet effet secondaire ne s'installe, la constipation persistera tant et aussi longtemps que durera la prise d'opioïdes. Des modifications dans le régime alimentaire (p.ex., alimentation riche en fibres) peuvent contribuer à diminuer ce problème mais dans la plupart des cas, des médicaments contre la constipation devront être prescrits [71].

2.2.4. Utilisation des analgésiques opioïdes et augmentation des prescriptions

L'utilisation des opioïdes pour traiter la DCNC a augmenté d'une façon fulgurante au cours des deux dernières décennies [72-75]. Aux États-Unis, leurs prescriptions se sont multipliées par 7 entre 1997 et 2010 [75]. Parallèlement l'utilisation illicite de ce type de médicament a aussi augmenté au sein de la population générale [76, 77] et la dernière enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues rapporte que 16.9% des canadiens âgés de 15 ans et plus ont rapporté avoir consommé des opioïdes au cours des 12 mois précédant l'enquête [78]. Cette augmentation n'est pas sans conséquences car elle s'est accompagnée par une augmentation des effets néfastes (p. ex. surdosage, décès) liés à l'utilisation de ce type de médicaments [79-81]. En effet entre 1999 et 2010, les cas de décès liés à un surdosage par les opioïdes aux États-Unis a quadruplé et uniquement en 2010, ils étaient responsables de 16 651 cas de décès par surdosage [81]. En Ontario (Canada), les opioïdes ont été responsables de 1359 cas de décès entre 2006 et 2008 [82].

Plusieurs guides de pratique clinique ont été développés concernant l'usage des opioïdes. L'*American Pain Society*, la *Société canadienne de la douleur*, l'*American Academy of Pain Medicine* et l'*American Geriatric Society* recommandent l'usage des opioïdes pour le contrôle des DCNC modérées à sévères lorsque les traitements par les non opioïdes se sont révélés inefficaces [61, 83-86]. Le Collège des médecins du Québec a également émis des recommandations dans le même sens à cet effet [87].

Les opioïdes ne sont pas actuellement recommandés dans le traitement de la fibromyalgie, étant donné la rareté des études disponibles ayant étudié le rôle des opioïdes dans le traitement de cette maladie [51, 52, 88]. La *Société canadienne de la douleur* tout comme d'autres grandes associations recommandent le recours aux opioïdes à longue durée d'action en raison de leur profil plasmatique stable qui entraîne une analgésie durable sur 24 heures ou plus, améliorant ainsi l'adhésion au traitement et la tolérance aux effets secondaires. Des doses d'appoint d'opioïdes à courte durée d'action peuvent également être prescrites pour contrer des pics d'intensité sévère de douleur [84].

2.2.5. Tolérance, hyperalgésie et dépendance

L'utilisation des opioïdes peut s'accompagner de phénomènes de tolérance à leurs effets analgésiques, d'hyperalgésie et de dépendance. La tolérance désigne un état d'adaptation dans lequel l'exposition à une substance induit des changements qui mènent à une diminution d'un ou plusieurs effets de cette substance avec le temps [62, 67]. L'hyperalgésie induite par les opioïdes est définie par un abaissement du seuil de la douleur à la suite de l'utilisation d'opioïdes et qui se traduit par une hypersensibilité aux stimulations nociceptives, une tolérance apparente aux opioïdes et une augmentation de la douleur malgré une augmentation de la dose des opioïdes [6, 89].

Pour ce qui est de la dépendance, elle est subdivisée en deux types distincts: la dépendance physique et la dépendance psychologique aussi appelée « *addiction* ». Selon l'American Society of Addiction Medicine, l'American Academy of Pain Medicine et l'American Pain Society, la dépendance physique est définie comme étant un état d'adaptation qui se manifeste par un syndrome de sevrage qui survient suite à un arrêt brusque du médicament, à une réduction rapide de la dose, à une diminution du niveau du médicament dans l'organisme ou lors de l'administration d'un antagoniste. Quant à l'addiction elle est définie comme étant un désordre neurobiologique primaire et chronique dont l'apparition et les manifestations sont influencées par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux et qui se caractérise par un ou plusieurs des comportements suivants: 1) perte de contrôle quant à l'utilisation de la substance, 2) utilisation compulsive, 3) utilisation continue malgré la nocivité, et 4) « *craving* »—c.-à-d.,

un désir impérieux d'utiliser une substance pour ses effets psychoactifs [90]. La dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-V) regroupe quant à elle l'addiction et l'abus sous un même code diagnostique intitulé « Troubles de l'usage d'une substance » et qui est établi selon la présence sur une période de douze mois d'au moins deux des 11 critères qui peuvent être résumés de la façon suivante: 1) incapacité de remplir des obligations importantes, 2) utilisation même lorsque c'est physiquement dangereux (p. ex., conduite d'un véhicule), 3) problèmes interpersonnels ou sociaux, 4) tolérance, 5) sevrage, 6) perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à l'utilisation de la substance, 7) désir ou efforts persistants pour diminuer ce trouble, 8) beaucoup de temps consacré à l'obtention de la substance, 9) activités réduites au profit de la consommation, 10) poursuite de l'utilisation malgré des problèmes physiques ou psychologiques susceptibles d'avoir été causés ou exacerbée par la substance, et 11) « craving » [91].

Dans une récente revue systématique portant sur un total de 88 235 patients traités à l'aide d'opioïdes pendant une période d'au moins 3 mois Minozzi et al. ont trouvé que la prévalence des troubles d'addiction variaient largement selon les études (entre 0% et 31%), avec une médiane de 4,5% [92]. Fishbain et coll. ont rapporté dans une revue portant sur 24 études avec un total de 2507 patients que peu de patients souffrant de DCNC ont développé un trouble d'addiction (3,27%) suite à une exposition à long terme aux opioïdes; de plus, cette prévalence est encore plus faible chez les patients n'ayant aucun antécédent d'abus de substances (0.19%) [93]. Le jeune âge, la dépression, les antécédents d'abus d'opioïdes ainsi que —l'utilisation de médicaments psychotropes peuvent être considérés comme des facteurs de risque pour le développement de troubles d'addiction liés à l'usage des opioïdes [94].

Dans leur récent rapport, Chou et coll. estiment cependant que les évidences scientifiques sur les données de prévalences des troubles d'addiction demeurent insuffisantes du fait des limites méthodologiques des études disponibles et des estimations très variables à travers les différentes études [95].

3. Efficacité des opioïdes dans le traitement de la DCNC

Avec l'accroissement de l'utilisation des opioïdes dans le traitement de la DCNC, plusieurs études se sont penchées sur la question de leur efficacité dans le traitement de ce type de désordre. En 2009, l'*American Pain Society (APS)* en collaboration avec l'*American Academy of Pain Medicine (AAPM)* a publié un vaste rapport sur l'efficacité des opioïdes dans le traitement de la DCNC [96]. Ce rapport est le produit d'une analyse rigoureuse de 12 revues systématiques sur le sujet ainsi que des résultats d'ERCs qui se sont penchés sur cette question. Un total de 70 ERCs y a été répertorié. La plupart des études analysées dans ces revues systématiques étaient de courte durée. Dans l'une d'elles contenant le plus grand nombre d'essais cliniques (39 essais) [97], la durée du suivi variait entre 1 et 16 semaines. Dans les deux plus importantes revues systématiques (39 et 35 essais) [97, 98], 87 à 97 % des essais ont été jugés de haute qualité au plan méthodologique. Les opioïdes les plus couramment évalués étaient la codéine, la morphine, l'oxycodone et le tramadol. L'arthrose, la lombalgie et les douleurs neuropathiques étaient les types de DCNC les plus étudiés.

D'autres études plus récentes (parues après 2009) et qui n'étaient donc pas incluses dans le rapport de l'APS-AAPM ont également été identifiées dans la littérature, parmi lesquelles un certain nombre de revues systématiques [99-102] et d'études observationnelles ou transversales [103-108].

Les prochaines sections qui résument les résultats de ces études sont subdivisées en deux sous-sections selon que les opioïdes étaient administrées sur une courte durée (< 3 mois) ou à plus long terme. De plus, une distinction est faite selon que les résultats portaient sur l'efficacité des opioïdes pour soulager la douleur ou pour améliorer la condition des patients en termes de capacité de fonctionnement ou de qualité de vie reliée à la santé.

3.1. Efficacité d'une administration à court terme

3.1.1. Soulagement de la douleur

Résumé du rapport de l'APS-AAPM [96]

Deux revues systématiques ayant évalué l'efficacité d'une administration à court terme des opioïdes pour soulager la DCNC (de 4 jours à 16 semaines) sont arrivées à la conclusion que les opioïdes oraux sont modérément efficaces: lorsque comparés à un placebo, les opioïdes étaient associées soit à une différence moyenne normalisée (DMN)¹ de -0,60 (intervalle de confiance (IC) de 95% : de -0,69 à - 0,50) dans le degré de soulagement de la douleur [97] ou soit à une diminution moyenne de l'intensité de la douleur d'au moins 30% [66]. Dans ces deux revues, les résultats étaient similaires selon que les patients souffraient de douleur neuropathique ou de douleur nociceptive.

Une troisième revue systématique a rapporté que 6,5% (IC de 95% : 5.6 à 7.4%) des patients randomisés à un traitement à base d'opioïdes oraux ont interrompu leur traitement en raison d'un manque d'efficacité, comparé à 20% (IC à 95% : 17 à 23%) chez les patients randomisés au placebo [98].

D'autres revues systématiques se sont intéressées soit à des populations de patients souffrant de certains types de DCNC—i.e., de douleur neuropathique [109] et de lombalgie [110, 111] ou soit à un médicament spécifique—i.e., le tramadol [112]. Celle étudiant l'efficacité des opioïdes dans la douleur neuropathique a rapporté des résultats comparables à ceux des deux premières revues citées précédemment [66, 97]. En effet, les auteurs ont rapporté que les opioïdes étaient associés à une diminution moyenne de

1) La DMN est une mesure utilisée dans les méta-analyses qui représente une ampleur d'effet moyennée pour différentes études qui ont mesuré un même paramètre mais à l'aide d'instruments de mesure différents. Des valeurs de DMN comprises entre 0.2 et 0.5 sont considérées modestes, celles entre 0.5 et 0.8 modérées et celles qui sont > 0.8 sont considérées grandes [129].

l'intensité de la douleur d'environ 14 unités (IC de 95% : -18 à -10) (6 essais) sur une échelle de 100 points [109]. En ce qui a trait à l'efficacité des opioïdes pour les DCNC d'origine lombaire, deux revues systématiques sont arrivées à des conclusions quelque peu contradictoires. L'une a trouvé que le tramadol est modérément plus efficace que le placebo pour le soulagement des douleurs lombalgiques (DMN = - 0.71, IC à 95% -1,02 à -0,39) [110] alors que l'autre n'a pas identifié d'évidences suffisantes pour conclure que les opioïdes sont plus efficaces qu'un médicament placebo dans les cas de lombalgie chronique [111]. Cependant, cette revue systématique n'incluait pas deux essais randomisés de grande qualité publiés en 2007 et qui rapportaient une plus grande efficacité des opioïdes par rapport à un placebo pour soulager la lombalgie chronique [113, 114]. Une autre revue systématique a pour sa part, inclus trois essais cliniques ayant utilisé le tramadol pour traiter des DCNC d'origine ostéoarthrique et les auteurs ont conclu que l'efficacité de ce type de médicament était légèrement supérieure au placebo, la baisse moyenne de l'intensité de douleur étant de -8.5 sur une échelle de 100 points (IC de 95% : -12,0 à -5,0) [112].

Les auteurs du rapport de l'APS-AAPM ont, par ailleurs, identifié une série de 13 ERCs plus récents pour la plupart et qui n'avaient pas été inclus dans les revues systématiques qu'ils ont répertoriées. Douze d'entre eux rapportaient que les opioïdes étaient plus efficaces qu'un placebo pour contrer des DCNC d'origine diverse. La durée de ces études variait de 2 à 12 semaines et évaluaient soit l'oxymorphone à libération prolongée (LP) [113-115], le tramadol à libération modifiée [116-119], le fentanyl transdermique [120] et l'oxycodone LP [115, 121-124]. Ces mêmes études étaient effectuées auprès de patients souffrant soit de lombalgie [113, 114, 118], de douleur cervicale [124] ou d'arthrose [115-117, 119-123]. Onze de ces études rapportaient un bénéfice léger à modéré des opioïdes par rapport à un placebo, la diminution moyenne d'intensité de douleur variant de 4 à 23 points sur une échelle standardisée des résultats de 100 points. Enfin, la douzième étude de cette série qui portait sur l'oxycodone LP exprimait l'efficacité de ce médicament en termes de pourcentage de patients qui rapportaient une diminution de leurs scores d'intensité de douleur d'au moins deux points sur une échelle de 0 à 10 [123]. Ce pourcentage atteignait 40% chez le groupe de patients

sous oxycodone IP, ce qui était statistiquement plus élevé que dans le groupe placebo (10%). Un dernier ERC répertorié dans ce rapport comparait l'efficacité de la morphine LP, de la nortriptyline, et d'une combinaison de ces deux médicaments chez des patients atteints de radiculopathie [125]. Cette étude rapporte que la morphine ne présente pas un bénéfice significativement supérieur par rapport à un placebo; cependant, les conclusions de cette étude sont questionnables compte tenu de la petite taille de l'échantillon (N = 55) et le taux d'attrition élevé au temps de suivi (près de 50%).

D'autres revues systématiques publiées après le rapport de l'APS-AAPM se sont également penchées sur la question de l'efficacité à court terme des opioïdes dans la DCNC et leurs conclusions vont dans la même direction. Dans leur revue systématique comportant 62 ERC, Furlan et coll. [100] ont conclu que les opioïdes étaient modérément plus efficaces que le placebo pour le soulagement de la DCNC (DMN = 0.58, IC à 95% 0.48 à 0.67). Une autre revue de Chaparro et coll. [99] incluant 15 ERCs ayant évalué l'efficacité d'une administration à court terme des opioïdes pour soulager la DCNC d'origine lombaire a également trouvé que les opioïdes sont modérément efficaces pour diminuer la douleur : lorsque comparé à un placebo, le tramadol était associé à une DMN = - 0.55 (IC à 95% -0.66 à -0.44), la buprénorphine à une DMN = -2.47 (IC à 95% -2.69 à -2.25) et les opioïdes forts (Tapentadol, morphine, oxymorphone, hydromorphone, et oxycodone) à une DMN = -0.43 (IC à 95% -0.52 à -0.33).

Une analyse de la littérature scientifique démontre donc que les études sont largement d'accord sur le fait qu'à court terme, les opioïdes sont modérément efficaces pour réduire l'intensité de la douleur chez les patients avec DCNC [96, 99, 126, 127].

3.1.2. Amélioration de la capacité fonctionnelle

Les objectifs de traitement de la DCNC visent certes à diminuer l'intensité de la douleur mais l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients est considérée comme étant tout aussi importante au plan clinique [128]. Cet aspect doit donc être tenu en compte lorsque vient le temps d'évaluer l'efficacité des opioïdes. Les conclusions de deux revues systématiques laissent penser que les bénéfices des opioïdes au chapitre de l'amélioration fonctionnelle des patients seraient pour le moins modestes [99, 100]. Ainsi, Furlan et coll.

[100] ont revu 31 études sur le sujet et ont estimé que la taille d'effet entre l'efficacité des opioïdes vs un placebo au plan de la capacité fonctionnelle des patients était de 0.34 (IC de 95% : 0.25 à 0.43), ce qui correspond à une amélioration modeste ($0.2 \leq DMS < 0.5$) selon les critères établis par Cohen [129]. Dans leur revue systématique, Chaparro et coll. [99] ont conclu que les preuves supportant l'efficacité des opioïdes pour l'amélioration des résultats fonctionnels sont faibles: lorsque comparés à un placebo, le tramadol était associé à une DMN = - 0.18 (IC à 95% : -0.29 à -0.07) et les opioïdes forts (Tapentadol, morphine, oxymorphone, hydromorphone, et oxycodone) à une DMN = -0.26 (IC à 95% : -0.37 à -0.15). Cependant, aucune différence entre la buprénorphine et le placebo n'a été observée (DMN = -0.14 (IC à 95% : -0.53 à 0.25)).

3.2. Efficacité d'une administration à long terme

3.2.1. Soulagement de la douleur

L'efficacité d'une administration à long terme des opioïdes (durée variable selon les études) chez des patients souffrant de DCNC est peu documentée dans la littérature. Les données issues d'ERCs sont très rares [83, 95, 102, 126] compte tenu de la difficulté d'effectuer ce type d'étude sur de longues périodes de temps et des coûts élevés qui y sont associés. Une revue systématique [101] a examiné l'efficacité d'une thérapie à long terme (≥ 6 mois) par les opioïdes chez les patients avec DCNC en compilant les résultats de 25 études observationnelles (sans groupe témoin) et un ERC comparant deux opioïdes entre eux (fentanyl transdermique et oxymorphone orale LP). Afin d'assurer la comparabilité du seul ERC avec les 25 autres études observationnelles, les auteurs ont considéré cet ERC comme étant deux études observationnelles, une pour chaque opioïde. Par conséquent, toutes les études incluses dans la revue ont été analysées de la même façon et la comparabilité entre toutes les études était possible. Parmi ces études, douze ont examiné les opioïdes oraux (N = 3040), cinq ont examiné les opioïdes transdermiques (N = 1628) et dix ont examiné les opioïdes intrathécaux (N = 231). Les résultats ont montré que plusieurs patients ont interrompu leur traitement à base d'opioïdes à cause d'un manque d'efficacité (opioïdes oraux : 10.3% ; opioïdes par voie intrathécale : 7.6%; opioïdes transdermiques : 5.8%) ou à cause d'effets secondaires (opioïdes oraux : 22.9% ; opioïdes

transdermiques : 12.1% ; opioïdes par voie intrathécale : 8.9%). Les opioïdes ont été associés à une diminution cliniquement significative de la douleur entre le début du traitement et à 6 mois chez le sous groupe de patients qui n'ont pas interrompu leur traitement (opioïdes oraux : DMN= 1.55; IC à 95% 0.85 – 2.25 ; opioïdes transdermiques : DMN= 7.56, IC à 95% 4.25 – 10.88 ; opioïdes par voie intrathécale : DMN= 2.01, IC à 95% 1,37 – 2.66).

Dans leur plus récent rapport sur l'efficacité et les risques des thérapies à long terme par les opioïdes, Chou et coll. confirment ce manque de données et rapportent qu'ils n'ont identifié aucune étude qui a évalué l'efficacité à long terme des opioïdes (définies par les auteurs comme étant des études ayant évalué l'efficacité des opioïdes sur une période d'au moins un an) pour la période 2008-2014 (la période avant 2008 étant déjà été couverte par le rapport de l'APS-AAPM) [95].

Dans trois études transversales récentes [103-105] les auteurs sont arrivés à la conclusion que le bénéfice d'une thérapie à long terme par les opioïdes chez les patients souffrants de DCNC est controversé. Fredheim et coll. ont trouvé que parmi 14 477 patients souffrant de DCNC, seulement 15% utilisaient des opioïdes (3% d'une façon persistante et 12% d'une façon occasionnelle). Et parmi les patients qui utilisaient les opioïdes d'une façon persistante, les trois quarts ont rapporté ressentir des douleurs intenses malgré leur thérapie par les opioïdes [103]. Dans leur étude portant sur 1514 patients suivant une thérapie à long terme par des opioïdes (durée médiane = 4 ans) pour soulager leur douleur chronique, Campbell et coll. ont trouvé que chez ces patients, les scores de sévérité de la douleur étaient relativement élevés (moyenne de 5.1 sur 10) [104]. Ces résultats sont consistants avec ceux de l'étude de Leresche et coll. réalisée auprès de 2163 patients souffrant de DCNC et suivant une thérapie à long terme par les opioïdes (≥ 3 mois) et qui a trouvé que les scores moyens de douleur chez ces patients était de 5.8 sur 10 [105].

Dans une récente étude longitudinale portant sur 1457 patient souffrant de DCNC sévère et traités avec du tapentadol LP, Strick a trouvé qu'après 12 mois de traitement les scores de douleur ont diminué d'une moyenne de 3.2 points sur une échelle de 10 et que plus de la moitié (57%) des patients ont connu un soulagement de plus de 50% de leur

douleur, concluant ainsi que l'administration sur une base à long terme du tapentadol LP est efficace pour le traitement de la DCNC sévère. Cependant ces résultats concernent seulement la cohorte de patients ayant complété la période de suivi de 12 mois et qui représentent seulement 40.4% de l'échantillon initial. Les raisons de la perte de suivi des autres patients n'ont cependant pas été rapportées dans cette étude. De plus cette étude a été entièrement financée par un laboratoire pharmaceutique [106]. Une autre étude longitudinale récente (2015) portant sur un petit nombre (N= 77) de patients et visant à examiner l'efficacité d'une administration à long terme des opioïdes (6 mois) pour le soulagement de la douleur chez des patients souffrant de DCNC réfractaires a trouvé que sur une échelle de 100 l'intensité moyenne de douleur a diminué de 6.5 points après 2 mois de traitement, de 2.7 points entre le 2^{ème} et le 4^{ème} mois et de 4.8 points entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de traitement. Les auteurs ont donc conclu que l'administration des opioïdes à long terme est efficace pour le soulagement de la DCNC. Cependant les auteurs n'ont pas discuté la signification clinique de ces résultats et se sont basés uniquement sur leur signification statistique pour tirer cette conclusion. De plus, les résultats de cette étude montrent que la baisse la plus importante de la moyenne d'intensité de douleur s'est produite pendant les deux premiers mois du traitement [107].

3.2.2. Amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie

Dans la revue de la littérature de Noble et coll., les résultats pour l'amélioration de la qualité de vie et de la capacité fonctionnelle suite à l'utilisation des opioïdes sur une base à long terme étaient peu concluants en raison de la faible quantité d'études permettant de déterminer cet aspect. Pour les opioïdes en prise orale, une étude a mis en évidence que la morphine était associée à une légère amélioration de la qualité de vie mentale (+ 1.2 point sur une échelle de 100) et une amélioration plus grande pour la qualité de vie physique (+ 4.8 points sur une échelle de 100) après 13 mois de traitement. Pour les opioïdes transdermiques, les auteurs ont seulement observé une amélioration de la qualité de vie physique (DMN= 4.46, IC à 95% 1.23 – 7.68) alors que l'amélioration de la qualité de vie par les opioïdes intrathécaux n'a pas été statistiquement significative. Enfin, l'amélioration de la capacité fonctionnelle (c.-à-d.- capacité à accomplir les activités

quotidiennes) a été rapportée dans seulement 3 études [130-132] et les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs (DMN = 0.56, IC à 95% -0.02 – 1.13) [101].

Une étude longitudinale (durée = 12 mois) impliquant 537 patients souffrant de douleur neuropathique a rapporté que la capacité fonctionnelle chez les utilisateurs d'opioïdes n'a pas été améliorée par rapport à celle des patients qui n'utilisaient pas ce type de médicament. De plus, la capacité fonctionnelle était inférieure chez ceux qui utilisaient ce type de médicament d'une façon continue par rapport à ceux dont l'utilisation était intermittente [108].

Dans l'étude récente de Campbell et coll., les auteurs ont rapporté qu'une grande proportion des patients souffrants de DCNC et traités à long terme avec des opioïdes (durée médiane = 4 ans) ont des scores de qualité de vie physique et mentale relativement bas. Les proportions de patients avec des scores de qualité de vie physique et mentale inférieures à 30, étaient respectivement de 55.4% et 14.3% (sur une échelle de 100, la moyenne chez la population générale étant de 50) [133]. La capacité fonctionnelle était elle aussi affectée, avec une moyenne des scores d'interférence de la douleur de 5.7 sur 10 [104]. Leresche et coll. ont aussi trouvé des résultats similaires avec une moyenne de 5.6 sur 10 pour l'interférence de la douleur [105].

3.3. Résumé des études

En résumé, une revue exhaustive des différentes études portant sur l'administration des opioïdes dans la DCNC suggère que ce type de médicament ne serait que modestement ou modérément efficace pour soulager la DCNC lorsqu'administré à court terme (< 3 mois). Les études pour une administration à plus long terme (> 3 mois) sont cependant beaucoup moins nombreuses et leurs résultats sont moins concluants. Au chapitre de l'amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie reliée à la santé des patients, les résultats observés demeurent mitigés et peu nombreux aussi bien pour une administration à court qu'à long terme et davantage d'études sont donc nécessaires dans ce domaine.

Il est également important de noter que jusqu'à présent, la recherche et les recommandations cliniques sur les traitements pharmacologiques de la DCNC se basent en

grande partie sur les résultats d'ERCs. Cependant, ces derniers présentent plusieurs limites et ne peuvent pas répondre d'une façon claire à la question de l'efficacité d'une administration à long terme des opioïdes dans la DCNC.

3.4. Limitations des essais randomisés contrôlés sur l'efficacité des opioïdes

Bien que les ERCs soient considérés comme étant la référence pour établir l'efficacité d'un traitement, ceux-ci présentent néanmoins certaines limites [134-137]. Ils sont souvent menés dans des groupes de patients sélectionnés selon des critères très strictes conduisant donc à une généralisation limitée des résultats compte tenu de l'hétérogénéité de la population qui finira par recevoir le traitement dans des conditions réelles de « vraie vie ». De plus, les ERC sont souvent limités dans le temps et la taille de leur échantillon est relativement petite de façon générale.

Alors pour combler ces lacunes et optimiser les pratiques en gestion de la DCNC, il est nécessaire de réaliser des études utilisant des méthodologies différentes, lesquelles peuvent venir s'ajouter aux résultats fournis par les ERCs. Le recours aux études observationnelles à l'aide de bases de données administratives ou de registres de patients représente une option utile qui viendrait compléter en ce sens les résultats des ERC [134, 138, 139]. En effet, ce sont des moyens de colliger des données uniformes dans un contexte de vraie vie (i.e., – dans les conditions réelles de prescription) et chez de grands échantillons, ce qui permet d'évaluer le devenir d'une population définie selon une maladie, une condition ou une exposition particulière [140]. Les registres de patients contiennent donc des données de «vraie vie» colligées au cours du traitement et qui peuvent compléter les résultats des ERCs en fournissant des informations précieuses pour la détermination de l'efficacité (ou efficience) et l'utilité d'une intervention lorsqu'elle est utilisée dans la pratique clinique réelle de tous les jours [134, 138, 140]. Les registres de patients représentent donc une piste intéressante pour la recherche et ils sont de plus en plus populaire dans différents domaines de la médecine de la douleur tels que la gestion de la douleur postopératoire aiguë [141, 142], les maladies rhumatismales [143], et la douleur pédiatrique [144].

4. Pertinence du présent projet

La DCNC est un phénomène complexe impliquant à la fois des composantes biologiques et psychosociales. Les prescriptions d'opioïdes pour gérer ce type de désordre ont augmenté d'une façon importante au cours des deux dernières décennies malgré les preuves insuffisantes supportant leur efficacité sur une base à long terme. Il est donc nécessaire de déterminer dans des conditions réelles de prescription, jusqu'à quel point les opioïdes sont utiles lorsqu'ils sont administrés sur une base à long terme chez les patients souffrant de DCNC et ce, non seulement au plan de la réduction de leur douleur mais également au plan de l'amélioration de leur qualité de vie reliée à la santé.

5. Objectifs du projet

5.1. Objectif principal

Le présent projet a pour objectif principal d'évaluer dans un contexte de vraie vie l'efficacité à long terme des opioïdes chez un vaste échantillon de patients qui souffrent depuis 3 mois ou plus de DCNC d'origine diverse et qui sont traités dans une clinique de traitement multidisciplinaire de la douleur (CTMD) et ce, depuis au moins un an.

5.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Examiner la proportion de patients qui se voient prescrire des opioïdes dans le secteur des soins tertiaires pour leur DCNC de même que leur profil d'utilisation sur une période de 12 mois—i.e., utilisateurs persistants vs non persistants;
- Déterminer si l'administration à long terme d'opioïdes contribue d'une part à réduire la sévérité de la DCNC en termes d'intensité et d'impact fonctionnel dans diverses sphères de la vie quotidienne et d'autre part, à améliorer la qualité de vie reliée à la santé (physique et mentale) chez cette clientèle de patients et ce, en comparant des non-utilisateurs d'opioïdes, des utilisateurs non persistants et des utilisateurs persistants.

Article (soumis dans: Pain Medicine)

Effectiveness of long-term opioid therapy among chronic non-cancer pain patients attending multidisciplinary pain treatment facilities: A Quebec Pain Registry study

Saïdi, Hichem (B.Pharm., MSc)^{1,2}, **Pagé, M. Gabrielle** (PhD)^{1,3}, **Ware, Mark A.** (MD, MSc)^{4,5,6}, **Choinière, Manon** (PhD)^{1,7*}

¹ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montreal, Quebec (QC), Canada

² Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

³ Department of Biomedical Sciences, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

⁴ Alan Edwards Center for Research on Pain – McGill University; Montreal, QC, Canada

⁵ Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada

⁶ Department of Anesthesia, Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada

⁷ Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

Number of pages: 26

Number of figures: 2

Number of tables: 3

*Address correspondence to: Manon Choinière, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Tour Saint-Antoine, bureau S03-428, 850 rue St-Denis, Montréal (Québec), H2X 0A9; Phone: 514-890-8000 ext. 14082

Key words: opioids; chronic pain; Quebec Pain Registry; multidisciplinary pain treatment facility; treatment effectiveness; opioid use profile

Acronyms: CNCP: chronic non cancer pain; MPTF: multidisciplinary pain management facility; QPR: Quebec Pain Registry

Abstract

Objective: To investigate in a real life context the effectiveness of long-term opioid therapy for reducing pain intensity and interference, and improving health-related quality of life (QOL) in patients with chronic non-cancer pain (CNCP).

Methods: Participants were 1,490 patients enrolled in the Quebec Pain Registry (2008-2011) who completed a series of questionnaires before initiating treatment at a tertiary multidisciplinary pain management facility as well as 6 and 12 months thereafter. Based on their opioid use profile (OUP), patients were categorized into *non users*, *non-persistent users*, or *persistent users*. Data were analyzed using generalized estimating equations.

Results: Among the users of opioids, 52% stopped taking them during the follow-up period. OUP significantly predicted *average pain intensity* and *physical QOL (pQOL)* over time (*p values* < 0.001). Compared to non-users, persistent users had higher levels of pain intensity and poorer *pQOL*. A significant interaction was found between patients' OUP and time in the prediction of *worst pain intensity* (*p* = 0.001) but the persistent users reported the highest scores across time. A significant interaction was also observed between patients' OUP and type of pain in the prediction of *pain interference* (*p* = 0.048) and *mental QOL (mQOL)* (*p* = 0.042). Irrespective of the type of pain they suffered, persistent users reported higher pain interference scores and lower *mQOL* compared to non-users. However, all effect sizes were small thus questioning the clinical significance of these group differences.

Conclusion: These results cast doubts on the effectiveness of long term opioid therapy and question the role this type of medication should play in the therapeutic arsenal for managing CNCP.

Introduction

The prevalence of chronic non cancer pain (CNCP) in Canada and elsewhere in the world is estimated at around 20% of the population [1-4]. The study of Gaskin et al. reported that the annual costs of CNCP in the United States range from \$560 to \$635 billion, exceeding the costs of heart diseases, cancer or diabetes [5]. CNCP is a major health problem not only because of its prevalence and its costs but also because of the devastating effects it can have on patients' physical, psychological, and social well-being [6-10].

It is well documented that the treatment of CNCP is less than optimal for many patients with this type of disorder [6, 11-13]. Opioids (e.g., morphine, codeine, fentanyl) are among the most used drugs to treat CNCP along with acetaminophen, NSAID, anti-convulsants and antidepressants [14]. They are potent analgesics but their use is associated with several side effects such as respiratory depression, nausea, or constipation [15]. The prescription of opioids for CNCP has dramatically increased over the past 10 to 20 years [16-19], as have associated serious damages such as overdose, abuse or addiction [20-25].

There is a lack of evidence in the literature supporting the effectiveness of long-term opioid therapy among CNCP patients. A literature review published in 2009 by the American Pain Society in collaboration with the American Academy of Pain Medicine found that very few studies have investigated the long term benefits of opioids (≥ 6 months) in CNCP [26], among which two high-quality systematic reviews that found that opioids were discontinued by a high proportion of patients due to adverse events or insufficient pain relief [27, 28]. Noble et al. concluded that only weak evidence supports the fact that patients who are able to continue opioids on a long-term basis experience clinically significant pain relief while the evidence for improvement in health-related quality of life and physical functioning is inconclusive [28].

In a more recent literature review, Chou et al. reported that they had identified no studies after the publication of their 2009 report [26] on long-term opioid therapy fulfilling their criteria (studies comparing opioids with placebo or non-opioid therapy that evaluated outcomes at 1 year or longer) [25].

To date, research on chronic pain management has been limited mainly to clinical trials, which are often of short duration and have stringent selection criteria [29-31]. Furlan et coll. (2011) reported that 74% of randomized clinical trials (RCTs) on opioid therapy had a duration of less than 6 weeks [32]. Few cross-sectional studies have evaluated the effectiveness of long-term opioid therapy for improving pain severity and/or quality of life among CNCP patients. Two studies found that CNCP patients using long-term opioid therapy reported more pain and greater disability than those not using opioids [33, 34]. Another two studies conducted among long-term opioid users only, found that patients reported relatively high pain intensity and interference [35, 36] with an important proportion of patients having a deteriorated quality of life [35].

However, all of these studies cited above were cross-sectional studies and did not involve repeated data collection over time.

Recently Bostick et al. conducted a 12-month observational study involving 537 patients with chronic neuropathic pain and found that physical functioning and disability did not improve in patients who were prescribed opioids compared with those who were not [37]. In another recent study on neuropathic pain, Moulin et al. found that only 23.7% of 515 patients treated in tertiary care pain centers showed clinically significant improvement in their pain and function 12 months later, and those who had higher opioid doses at baseline and at 12 months also exhibited poorer outcomes at 12-month follow-up. These authors therefore concluded that opioid therapy may not be beneficial in chronic neuropathic noncancer pain [38]. However, further observational studies involving large samples and long-term follow-up are needed in this field as this type of studies can complement RCTs for evidence-based guidance of treatment decisions.

Thus, the objective of the present longitudinal study was to investigate in a real life context the effectiveness of long-term opioid therapy for reducing pain severity (intensity and interference) and improving health-related quality of life (physical and mental) in patients with CNCP over a one-year period.

Methods

Participants

Participants were recruited from the Quebec Pain Registry (QPR) which is a vast database of patients referred to large multidisciplinary pain treatment clinics in the province of Quebec, Canada [39]. Patients were enrolled in the QPR between October 2008 and November 2014 if they were 1) scheduled for a first visit at the pain clinic for multidisciplinary treatment considerations, 2) aged 18 years or more, 3) fluent in spoken and written French and/or English, and 4) physically and cognitively able to complete questionnaires. Biopsychosocial data were collected prior to the initial visit at the pain clinic (baseline) and 6 months later. Up to March 2012, additional follow-up data were gathered at 12 and 24 months but only in those patients who had not been discharged from the pain clinic in the meantime. Patients suffering from chronic non-cancerous pain (≥ 3 months) were therefore selected for the present study among those enrolled in the QPR between October 2008 and April 2011. Only patients who provided written consent for their QPR data to be used for research purposes (more than 90% of patients [39]) were included in the study. Due to small size at 24-month follow-up, only data collected up to 12 months were taken into account in the present study.

Procedure

The Research Ethics Boards of the Centre hospitalier de l'Université de Montréal, McGill University Health Center, and Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke approved the QPR project. Data at baseline and follow-up times (e.g., pain intensity and interference, health-related quality of life) were collected with a self-report questionnaire (Patient self-Administered Questionnaire) while medical/clinical data (e.g., pain duration, pain diagnosis, analgesic medication, etc.) were gathered by the QPR nurses using a structured interview protocol (Nurse-Administered Questionnaire).

Questionnaires

Patient Self-Report Questionnaire

Numeric Rating Scale (NRS) for Pain Intensity [40]. The NRS is a widely used scale to measure pain intensity [41]. It consists of 11-point scale (0 = no pain; 10 = worst

possible pain) on which the participants are asked to select the number corresponding to the intensity of their pain. The NRS has good reliability, validity and sensitivity [40, 41]. Participants were asked to rate on the NRS their average and worse pain intensity over the past 7 days at each time point (baseline and follow-ups).

Pain Interference Items of the Brief Pain Inventory (BPI-10) [42]. The BPI-10 consists of 10 items (as opposed to 7 items in the original version of BPI [43, 44]) assessing the extent to which pain impacts on various aspects of daily living. Participants are asked to rate on a scale from 0 (“does not interfere”) to 10 (“completely interferes”) the extent to which pain has interfered in the past 7 days with general activity, mood, mobility, normal work, relationships with others, sleep, enjoyment of life, self-care, recreational activities, and social activities [42]. A global interference score can be derived by adding the ratings on all items, higher scores indicating greater pain interference. The psychometric qualities of the BPI are well documented [42, 43] and it has been shown to have good validity and sensitivity to change in chronic pain patients attending a MPTF [45]. The BPI has been translated into French using a forward-backward translation method [46].

Short-Form-12 Health Survey version 2 (SF-12v2) [47]. The SF-12v2 is a valid and reliable 12-item scale that assesses health-related quality of life (QOL). For each item, patients are asked to choose the answer that best describes their condition. The SF-12v2 generates norm-based scores for eight different domains as well as two composite scores representing physical health and mental health-related QOL. Higher scores indicate better QOL.

Nurse-Administered Questionnaire

Pain Background Information and Medication. Patients were asked information on their pain history (e.g., pain duration and frequency) and type(s) of medication used to counter their pain.

Douleur Neuropathique 4 (DN4) [48]. The DN4 is a well-validated screening tool that assesses the presence of neuropathic pain through self-report and physical examination. Each of the 10-item is answered yes (score ‘1’) or no (score ‘0’). The total

score is calculated as the sum of the 10 items and the cut-off value for the presence of neuropathic pain is a total score of 4/10.

The Patient and Nurse Questionnaires were given to the pain physician at the patient's initial visit. Once the interview was completed, the physician was provided with a standardized form on which she/he was invited to record the patient's diagnostic code(s) using the QPR pain diagnostic grid.

Data Analysis

Mean and standard deviations (SD) along with frequency tables were used to describe participants' characteristics. The Opioid Use Profile (OUP) variable was created by classifying patients into one of the three following categories: patients who reported not taking any opioids during the course of the study (baseline, 6 and 12 months) were categorized as non-users. Patients who were intermittently using opioids during the follow-up period were categorized as non-persistent users. Last, patients who reported taking opioids at baseline and both at 6- and 12- month follow-ups were categorized as persistent users. A type of pain variable was created and was composed of the three following categories: patients who were diagnosed with neuropathic pain by the physician of the pain clinic & had a DN4 score ≥ 4 were classified into the neuropathic pain category. Patients with a neuropathic pain diagnosis & DN4 score < 4 as well as those with a non-neuropathic pain diagnosis & DN4 score ≥ 4 were categorized as having mixed evidence of neuropathic pain. Last, patients with a pain diagnosis other than a neuropathic origin & a DN4 score < 4 were categorized as having non neuropathic pain.

Generalized estimating equations (GEE) were used to examine whether OUP and type of pain were associated over the one-year follow-up period with reported average and worse pain intensities, pain interference global scores, physical health-related quality of life (pQOL) and mental health-related quality of life (mQOL) on the SF12-v2 after adjusting for sex and age. Pairwise comparisons were then used to assess the statistical significance of the group differences. Effect sizes of the differences (Cohen's d [49]) were also examined given that significant testing in studies involving large sample sizes like the present one can be misleading because even small differences can reach statistical significance while clinically, they can be viewed as trivial and not meaningful [50-52].

Only differences which reached a medium to large size effect as defined by Cohen [49] (—i.e., a d value $\geq \pm 0.5$) were considered meaningful [51].

Results

A total of 2,650 patients were enrolled in the QPR during the selected study period and consented for their information to be used for research purposes. As shown in Figure 1, a total of 1,490 patients completed all the Nurse-Administered Questionnaires at each time point so it was possible to categorize them according to their OUP. More than 40% of them (43.4%) were classified as non-opioid users, 29.8% as non-persistent users, and 26.8% as persistent users. Results of the statistical analysis for comparing participants who completed and did not complete all of the Nurse-Administered Questionnaires (baseline, 6 and 12 months) in term of age, sex, pain duration, average and worst pain intensity, pain interference, pQOL, mQOL, opioid use or type of pain at baseline revealed some statistically significant differences but all the effect sizes were small (Cohen's $d < 0.5$; ϕ or Cramér's V value < 0.3) suggesting that these differences were not clinically meaningful.

Descriptive statistics

Table 1 shows the demographic and pain characteristics of the entire sample of participants and for each patients' OUP category. Participants' age ranged from 18 and 92 years with a mean of 52.37 years ($SD = 13.9$), and 61% were female ($n = 908$). Patients suffered from CNCP from 3 months to 60 years, the median being 3 years. More than 75% of the participants were classified as having neuropathic pain or mixed evidence of neuropathic pain. At baseline, pain intensity on the average in the past 7 days was 6.35 ($SD = 2.2$) on the 0-10 NRS. Among the users of opioids, more than half (52%) stopped taking them during the follow-up period, mainly because of side effects (33.4%) and/or inefficiency (20.5%).

GEE Analyses

Results of the GEE, which are summarized in Table 2, showed that after adjusting for age and sex, the patients' opioid use profile (OUP) was a significant predictor of average pain intensity (χ^2 ($df=2$) = 35.64, $p < 0.001$) and pQOL over time (χ^2 ($df=2$) =

68.88, $p < 0.001$). As shown in Panel A and D of Figure 2, pairwise comparisons revealed that persistent users rated their average pain significantly higher ($p = 0.024$; Cohen's $d = 0.26$) and reported poorer pQOL than the non-users ($p = 0.008$; Cohen's $d = 0.46$). A difference was also observed between non persistent users and non users in terms of pQOL ($p = 0.011$; Cohen's $d = 0.30$) (see Figure 2).

A significant interaction between patients' OUP and time was found in the prediction of worst pain intensity (χ^2 (df=2) = 14.93, $p = 0.001$). All three OUP groups showed a small but statistically significant decrease in their scores between the initial visit and 6 months thereafter (all $p < 0.001$) but the scores remained unchanged between 6 and 12 months, except for non persistent users ($p = 0.030$; Cohen's $d = 0.16$) (see Panel B in Figure 2 and Table 3). There was also a significant difference which was maintained over time in worst pain intensity scores between non users and both non persistent ($p < 0.001$; Cohen's $d = 0.21$) and persistent users of opioids ($p < 0.001$; Cohens' $d = 0.45$), the non-users reporting the lowest worst pain intensity scores across time.

With regard to prediction of the global pain interference scores over the one-year period, a significant interaction was observed between patients' OUP and type of pain (χ^2 (df = 4) = 9.61, $p = 0.048$) (Table 2). Among non-opioid users, patients with non-neuropathic pain reported lower pain interference scores than patients with mixed evidence of neuropathic pain ($p < 0.001$; Cohen's $d = 0.43$) or neuropathic pain ($p = 0.009$; Cohen's $d = 0.27$) (Panel C, Figure 2). However, irrespective of the type of pain they suffered, the non-opioid users reported significantly less pain interference over time than both the non persistent users ($p < 0.001$; Cohen's $d = 0.30$) and persistent users ($p < 0.001$; Cohen's $d = 0.48$). Non opioid users also reported significantly better mQOL than the non-persistent users ($p < 0.001$; Cohen's $d = 0.21$) and persistent users ($p < 0.001$; Cohen's $d = 0.31$). As shown in Table 2 and Panel E in Figure 2, a significant interaction between patients' OUP and type of pain was found in the prediction of mQOL (χ^2 (df=4) = 9.90, $p = 0.042$) but the difference according to the type of pain reached statistical significance in the non-opioid users only ($p = 0.001$; Cohen's $d = 0.32$) (Panel E, Figure 2).

Discussion

This multicenter prospective study is the first to our knowledge that focused on the effectiveness of long term opioid therapy for reducing pain severity and improving health-related quality of life in a large heterogeneous sample of CNCP patients treated in MPTFs. Compared to persistent opioid users and/or non-persistent users, non-users of opioids tended to report lower pain intensity scores (average and worst pain), less pain interference as well as better physical and mental health-related quality of life over a one year period.

Long term use of opioids for CNCP

Results of our study showed that close to 60% of patients referred to specialized pain clinics were on opioids at one time or another during the course of their treatment, a finding which is consistent with Moulin et al.'s results [38]. Studies on opioid treatment carried out in CNCP patients in general (mostly in primary care settings) show much lower prevalence rates (persistent and non-persistent confounded), ranging from 7.1% to 19.9% [33, 53-55]. The high rate of opioid use among our sample may be explained by the fact that these patients were recruited in tertiary care centers and have typically tried many other alternative therapies without significant success [56]. However, it is important to emphasise as well the high percentage of patients (52%) who interrupted the use of opioids during the follow-up period as this can be viewed as an important treatment failure rate. Furlan et al (2011) and Noble (2010) both noticed in their literature review high rates of opioid discontinuation across studies on CNCP mainly due to adverse events and/or insufficient pain relief [32, 57].

Opioid effectiveness for reducing pain severity

The persistent opioid users reported higher averaged pain intensity than non-users. This result is consistent with those of two studies (based on prescriptions dispensed by retail pharmacies and patient self-reports) that found that CNCP patients on long-term opioid therapy reported more pain and greater disability than those not using opioids [33, 34].

In all three OUP groups, there was significant decrease in worst pain intensity between the initial visit and at 6 month but it remained unchanged between 6 and 12

months, suggesting that the greatest changes in their worst pain intensity occurred over the first 6 months. This interaction with time was not observed for the average pain intensity scores. This may be due to the fact that patients were asked in the latter case to “average” their pain intensity over a 7-day period, an estimate which is perhaps less precise than a worst pain intensity score which is based on a memory recall of a specific point in time during the same period.

Our study showed that the non-opioid users reported less pain interference in various aspects of their daily living than both the non persistent and persistent users. In their systematic review, Ballantyne et al. reported that function has been investigated in a limited number of trials, and these studies vary considerably both in their design and principal findings [58]. Other studies assessed functional outcomes among CNCP patients using long term opioid therapy and found that opioids were associated with poor physical functioning and disability [34-38].

Relatively little scientific evidence exists on the reasons why CNCP patients on long term opioid treatment continue to report high pain intensity and interference scores. It is commonly believed that sustained administration of opioids can be accompanied by a tolerance phenomenon leading to a progressive loss of the drug effects with a decrease in the apparent analgesic efficacy [15]. However, the development of tolerance to the analgesic effects of opioids has been mostly observed in animal studies and has not been clearly documented in humans. There is, in fact, a whole literature on cancer pain which suggests that patients can be maintained on stable doses of opioids for relatively extended periods of time and that dosage increases are rather associated with progression of the tumor [59, 60]. Another 10-year follow-up study of opioid-treated CNCP patients showed that the majority of patients were maintained on stable doses of opioids for extended periods of time without developing tolerance [61]. Another possible reason for the lack of long term opioid effectiveness may be related to the fact that this type of medication can also induce hyperalgesia, a phenomenon called “opioid-induced hyperalgesia” (OIH) and defined as a state of nociceptive sensitization caused by exposure to opioids and characterized by a paradoxical response whereby a patient receiving opioids for the treatment of pain may actually become more sensitive to certain painful stimuli [62-64].

However, the precise mechanism of OIH is not yet understood and this phenomenon has been mainly studied in the context of a short time rather than a long time exposure to opioids [63]. That CNCP patients on long term opioid therapy may develop OIH cannot be excluded but this issue certainly merits further investigation. Furthermore, many disorders causing chronic pain are progressive diseases (e.g., rheumatoid arthritis, multiple sclerosis) that evolve over time and are associated with a deterioration of the patients' pain condition.

Opioid effectiveness for improving health-related quality of life

In our sample, non-users of opioids reported higher physical QOL and mental QOL compared to persistent or non-persistent user, a result which is consistent with the observations of Eriksen et al. [33] and Campbell et al. [35]. This suggests that long-term use of opioids would not be really helpful for improving health-related quality of life. This is problematic in view of the fact that the amelioration of the patient's quality of life commonly constitutes the primary goal of CNCP management, a goal which is often set as important as reducing the pain itself [65-67]. In an earlier study, Choinière et al. found that health-related quality of life was remarkably low in CNCP patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment [68]. Similar results were obtained in the present study, the patients' norm-based scores on the physical scale of the SF-12v2 being much lower than those in the general population, and this being true whether or not they were opioid treatment. These findings further highlight the deteriorated quality of life of this clientele of patients.

Clinical significance of the group differences

Our study revealed statistically significant differences in the patients' outcomes according to their OUP. However, all these differences were of a small magnitude (see Figure 2). In studies involving large sample sizes like the present one, examination of effect sizes may prove to be more informative than statistical significance testing [69]. In this paper, none of the group differences reached a medium to large size effect (all Cohen's $d < 0.5$). Although Cohen's criteria are guides rather than absolutes, the clinical significance of our group differences can be viewed as questionable. In other words, our

results failed to demonstrate that opioid treatment improves the patients' condition and if anything, it would be in the opposite direction—i.e., opioid therapy could make their condition worse.

Study strengths and limitations

This multicenter study involved a large heterogeneous sample of CNCP patients followed in a real-world context and is, to our knowledge, the first of its kind to have focused on the effectiveness of long term opioid therapy for reducing pain severity and improving health-related quality of life. Like any other studies, the present one has, however, some limitations that merit comments. First, this study is limited to CNCP patients attending multidisciplinary pain treatment facilities so the results cannot be generalized to other populations of patients who are treated in other sectors of care (e.g., primary care settings). Second, patients were classified into different OUP categories based on their self-reported current medication use at the time of the first visit at the pain clinic and at follow-up interviews at 6 and 12 months; it is possible that patients interrupted for a while their opioid treatment within each 6-month period separating the follow-up interviews, and this was not taken into account in the OUP classification. Finally, since our study was not a RCT (e.g., placebo arm), it is unknown whether or not the persistent opioid users' condition would have worsen over time if they had not taken this type of medication.

Conclusion

The results of the present study revealed that long-term use of opioids did not improve the patients' condition in terms of the intensity of their pain and its impact on various aspects of daily living. The same applied for their physical and mental health-related quality of life which did not improve either. Not only a significant number of patients stopped taking their opioids to control their pain but among those who persisted in using them, their condition remained relatively the same and could even be worse if anything when compared to the of patients not on this type of medication. These results cast doubts on the long-term clinical effectiveness of this type of medication and are

important in that they raise questions about the role opioids should play in the therapeutic arsenal for managing CNCP.

Acknowledgments

Dr Manon Choinière received funding from the Research Center of the CRCHUM to carry out this study. The Quebec Pain Registry (QPR) Project, led by Drs Manon Choinière and Mark Ware, was supported by the Quebec Pain Research Network (QPRN) which was itself funded by a governmental grant from the Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). The QPRN was also supported by the Quebec Health Ministry, Pfizer Canada Inc., Astra Zeneca Inc., and to a lesser extent by Janssen Inc. whose contributions were all channeled through the FRQS via an official financial partnership. Between 2009 and 2012, Drs Manon Choinière and Mark Ware were members of the Scientific Committee of the Pfizer Neuropathic Pain Research Award and received honoraria from Pfizer Canada Inc. for reviewing grant applications and assisting to the meetings of the Committee. All authors of the present paper certify that they have no conflicts of interest with any financial organisation regarding the material presented and discussed in this manuscript.

References

1. Schopflocher, D., P. Taenzer, and R. Jovey, The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Res Manag*, 2011. 16(6): p. 445-50.
2. Boulanger, A., et al., Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Res Manag*, 2007. 12(1): p. 39-47.
3. Moulin, D.E., et al., Chronic pain in Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag*, 2002. 7(4): p. 179-84.
4. Breivik, H., et al., Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 2006. 10(4): p. 287-333.
5. Gaskin, D.J. and P. Richard, The economic costs of pain in the United States. *J Pain*, 2012. 13(8): p. 715-24.

6. Ashburn, M.A. and P.S. Staats, Management of chronic pain. *Lancet*, 1999. 353(9167): p. 1865-9.
7. Ohayon, M.M. and A.F. Schatzberg, Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 2003. 60(1): p. 39-47.
8. Gureje, O., Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 2008. 10(4): p. 318-22.
9. Rashiq, S., Chronic pain : a health policy perspective. Health care and disease management,. 2008, Weinheim, Allemagne: Wiley-Blackwell/Wiley-VCH. xxviii, 318 p.
10. Lachaine, J., C. Beauchemin, and P.A. Landry, Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain*, 2010. 26(4): p. 284-90.
11. Turk, D.C., H.D. Wilson, and A. Cahana, Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 2011. 377(9784): p. 2226-35.
12. Dobkin, P.L., L. Boothroyd, and Québec (Province). Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Management of chronic (non-cancer) pain : organization of health services. 2006, Montréal: Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. xv, 85 p.
13. Varrassi, G., et al., Pharmacological treatment of chronic pain - the need for CHANGE. *Curr Med Res Opin*, 2010. 26(5): p. 1231-45.
14. Beaulieu, P., Pharmacologie de la douleur. 2005, Presses de l'Université de Montréal,: Montréal, Que.
15. Goodman, L.S., et al., Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 2011, McGraw-Hill Medical,: New York ; Toronto.
16. Sullivan, M.D., et al., Trends in use of opioids for non-cancer pain conditions 2000-2005 in commercial and Medicaid insurance plans: the TROUP study. *Pain*, 2008. 138(2): p. 440-9.
17. Boudreau, D., et al., Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2009. 18(12): p. 1166-75.
18. Olsen, Y., G.L. Daumit, and D.E. Ford, Opioid prescriptions by U.S. primary care physicians from 1992 to 2001. *J Pain*, 2006. 7(4): p. 225-35.
19. Manchikanti, L., et al., Opioids in chronic noncancer pain: have we reached a boiling point yet? *Pain Physician*, 2014. 17(1): p. E1-10.

20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. and Center for Behavioral Health Statistics and Quality (U.S.). Treatment episode data set (TEDS). National admissions to substance abuse treatment services. 2011 13 October 2015]; Available from: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds09/TEDS2k9NWeb.pdf>.
21. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies., Center for Behavioral Health Statistics and Quality (U.S.), and Drug Abuse Warning Network. The DAWN report: Highlights of the 2010 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2012.
22. Starrels, J.L., et al., Systematic review: treatment agreements and urine drug testing to reduce opioid misuse in patients with chronic pain. *Ann Intern Med*, 2010. 152(11): p. 712-20.
23. Warner, M., et al., Drug poisoning deaths in the United States, 1980-2008. *NCHS Data Brief*, 2011(81): p. 1-8.
24. Rolita, L., et al., Greater number of narcotic analgesic prescriptions for osteoarthritis is associated with falls and fractures in elderly adults. *J Am Geriatr Soc*, 2013. 61(3): p. 335-40.
25. Chou, R., et al., The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*, 2015. 162(4): p. 276-86.
26. American Pain Society-American Academy of Pain Medicine, Guideline for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain: Evidence Review. 2009.
27. Kalso, E., et al., Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*, 2004. 112(3): p. 372-80.
28. Noble, M., et al., Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *J Pain Symptom Manage*, 2008. 35(2): p. 214-28.
29. Reid, M.C., et al., Improving the pharmacologic management of pain in older adults: identifying the research gaps and methods to address them. *Pain Med*, 2011. 12(9): p. 1336-57.

30. Bellows, B.K., et al., Real-world evidence in pain research: a review of data sources. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2014. 28(3): p. 294-304.
31. McQuay, H. and A. Moore, Utility of clinical trial results for clinical practice. *Eur J Pain*, 2007. 11(2): p. 123-4.
32. Furlan, A., et al., A comparison between enriched and nonenriched enrollment randomized withdrawal trials of opioids for chronic noncancer pain. *Pain Res Manag*, 2011. 16(5): p. 337-51.
33. Eriksen, J., et al., Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: an epidemiological study. *Pain*, 2006. 125(1-2): p. 172-9.
34. Fredheim, O.M., et al., Chronic pain and use of opioids: A population-based pharmacoepidemiological study from the Norwegian prescription database and the Nord-Trondelag health study. *Pain*, 2014.
35. Campbell, G., et al., The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain. *Pain*, 2015. 156(2): p. 231-42.
36. LeResche, L., et al., Sex and Age Differences in Global Pain Status Among Patients Using Opioids Long Term for Chronic Noncancer Pain. *J Womens Health (Larchmt)*, 2015. 24(8): p. 629-35.
37. Bostick, G.P., et al., Physical Functioning and Opioid use in Patients with Neuropathic Pain. *Pain Med*, 2015. 16(7): p. 1361-8.
38. Moulin, D.E., et al., Long-Term Outcome of the Management of Chronic Neuropathic Pain: A Prospective Observational Study. *J Pain*, 2015. 16(9): p. 852-61.
39. Choinière, M., et al., The Quebec Pain Registry – Part I: Development and implementation of a registry of patients attending multidisciplinary pain treatment clinics. Under review.
40. P., J.M. and P. Karoly, Self-report scales and procedures for assessing pain in adults, in *Handbook of Pain Assessment*, D.C. Turk and R. Melzack, Editors. 2001, Guilford Press: New York, NY. p. 15-34.
41. Dworkin, R.H., et al., Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 2005. 113(1-2): p. 9-19.
42. Tyler, E.J., et al., The reliability and validity of pain interference measures in persons with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*, 2002. 83(2): p. 236-9.

43. Cleeland, C.S. and K.M. Ryan, Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*, 1994. 23(2): p. 129-38.
44. Cleeland, C.S., et al., Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain*, 1996. 67(2-3): p. 267-73.
45. Tan, G., et al., Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. *J Pain*, 2004. 5(2): p. 133-7.
46. Larue, F., et al. Assessing the prevalence and severity of cancer pain in France: The French Brief Pain Inventory. in *American Pain Society 10th Annual Scientific Meeting*. 1991. New Orleans, LA.
47. Ware, J., Jr., M. Kosinski, and S.D. Keller, A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 1996. 34(3): p. 220-33.
48. Bouhassira, D., et al., Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 2005. 114(1-2): p. 29-36.
49. Cohen, J., *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. 1988, UK: Laurence Erlbaur Associates.
50. Wilkinson, L. and a.t.T.F.o.S. Inference., *Statistical methods in psychology journals American Psychologist*, 1999. 54: p. 594-604.
51. Kline, R.B., *Beyond Significance Testing*. 2004, Washington, DC: American Psychological Association.
52. Gliklich, R., N. Dreyer, and L.M. (Eds), *Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide*. Third edition. Two volumes. (Prepared by the Outcome DEcide Center [Outcome Sciences, Inc., a Quintiles company] under Contract No. 290 2005 00351 TO7.) AHRQ Publication No. 13(14)-EHC111. . 2014, Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD. Retrieved from: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/registries-guide-3.cfm>.
53. Campbell, C.I., et al., Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain. *Am J Public Health*, 2010. 100(12): p. 2541-7.

54. Luo, X., R. Pietrobon, and L. Hey, Patterns and trends in opioid use among individuals with back pain in the United States. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2004. 29(8): p. 884-90; discussion 891.
55. Caudill-Slosberg, M.A., L.M. Schwartz, and S. Woloshin, Office visits and analgesic prescriptions for musculoskeletal pain in US: 1980 vs. 2000. *Pain*, 2004. 109(3): p. 514-9.
56. Guerriere, D.N., et al., The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Can J Anaesth*, 2010. 57(6): p. 549-58.
57. Noble, M., et al., Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(1): p. CD006605.
58. Ballantyne, J.C., Opioids for chronic nonterminal pain. *South Med J*, 2006. 99(11): p. 1245-55.
59. Kanner, R.M. and K.M. Foley, Patterns of narcotic drug use in a cancer pain clinic. *Ann N Y Acad Sci*, 1981. 362: p. 161-72.
60. Foley, K.M., The management of pain of malignant origin, in *Current Neurology*, H.R. Tyler and DM Dawson, Editor. 1979, Houghton-Mifflin: Boston, MA. p. 279-302.
61. Jensen, M.K., A.B. Thomsen, and J. Hojsted, 10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: opioid use, health related quality of life and health care utilization. *Eur J Pain*, 2006. 10(5): p. 423-33.
62. Angst, M.S. and J.D. Clark, Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 2006. 104(3): p. 570-87.
63. Chu, L.F., M.S. Angst, and D. Clark, Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations. *Clin J Pain*, 2008. 24(6): p. 479-96.
64. Silverman, S.M., Opioid induced hyperalgesia: clinical implications for the pain practitioner. *Pain Physician*, 2009. 12(3): p. 679-84.
65. Ballantyne, J.C. and J. Mao, Opioid therapy for chronic pain. *N Engl J Med*, 2003. 349(20): p. 1943-53.
66. Kalso, E., et al., Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. *Eur J Pain*, 2003. 7(5): p. 381-6.
67. Kalso, E., Opioids for persistent non-cancer pain. *BMJ*, 2005. 330(7484): p. 156-7.

68. Choiniere, M., et al., The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Can J Anaesth*, 2010. 57(6): p. 539-48.
69. Wilkinson, L. and The Task Force on Statistical Inference, Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *Am Psychol*, 1999. 54: p. 594-604.

Figure Legends

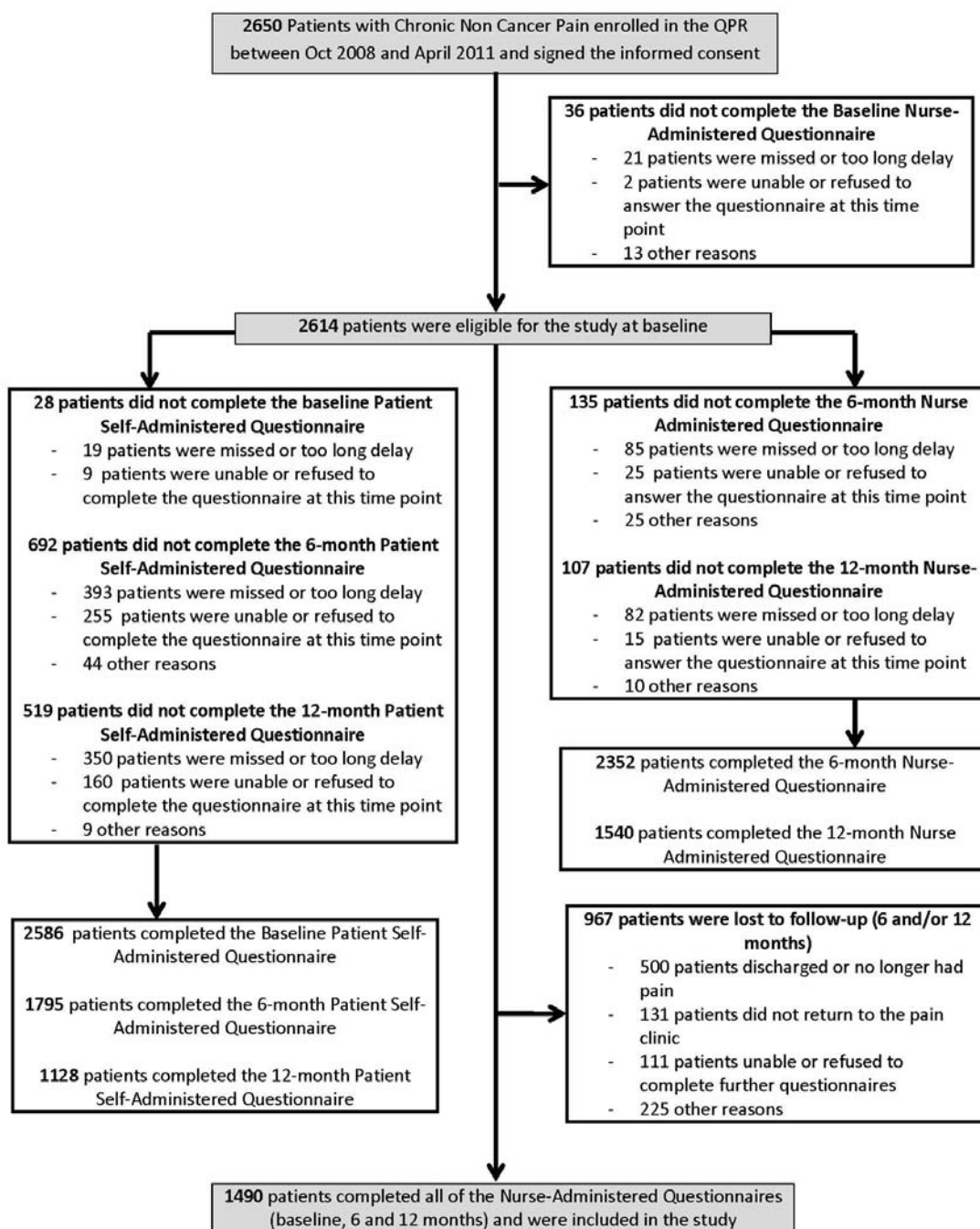
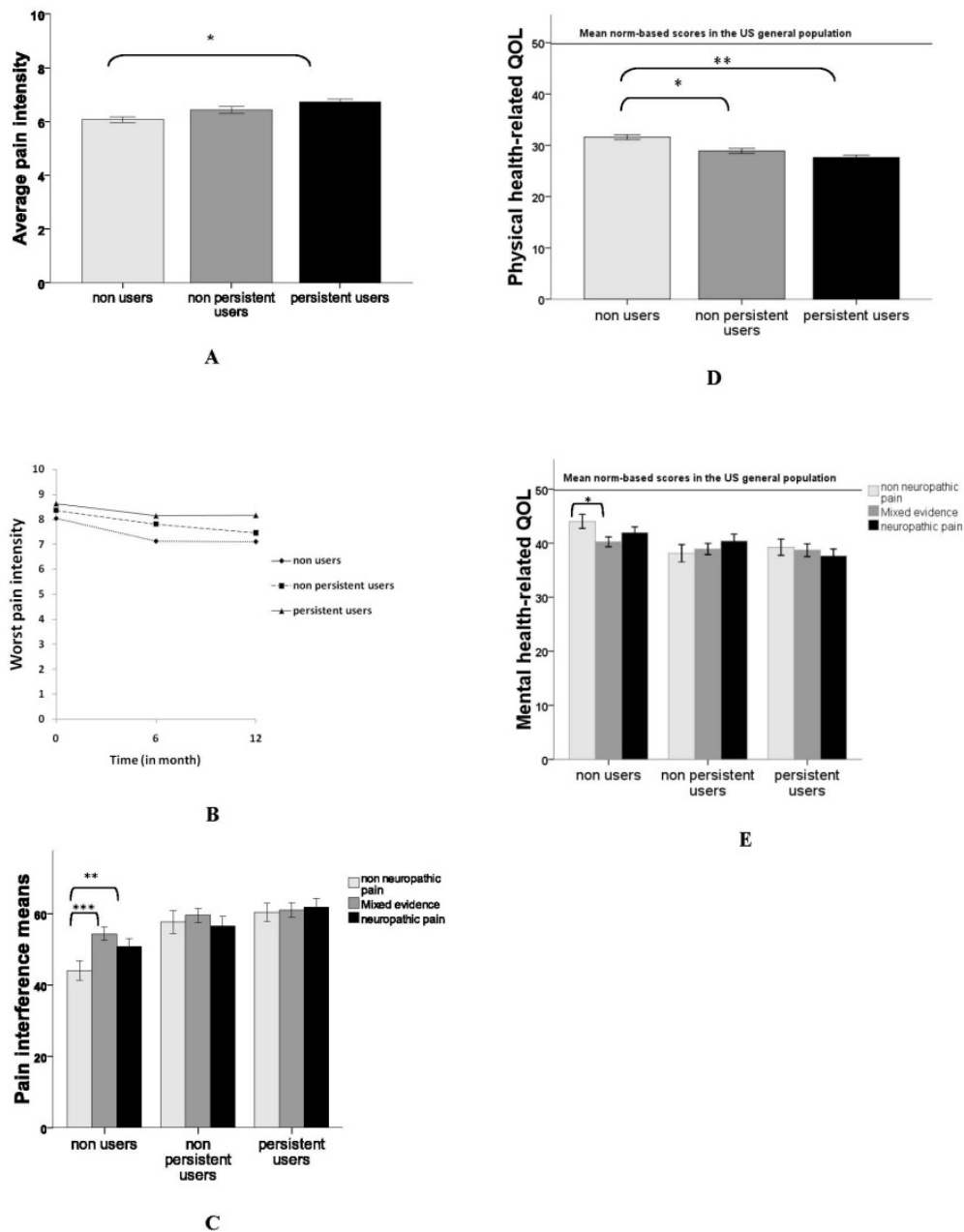


Figure 1. Study flow diagram



Error bars: 95% CI; * indicates $p < 0.05$; ** indicates $p < 0.01$; *** indicates $p < 0.001$

Figure 2. Results of the generalized estimating equations.

There were significant differences between persistent users and non-users of opioids in predicting average pain intensity and physical health-related quality of life. A significant interaction between opioid use profile (non-users; non-persistent users or persistent users) and time was observed in the prediction of worst pain intensity. Significant interactions between opioid use profile and type of pain (non-neuropathic; neuropathic or mixed evidence of neuropathic pain) were also observed in predicting pain interference and mental health-related quality of life.

Table Legends

Table 1. Patient's demographics and pain characteristics at baseline according to the opioid use profile and for the total sample

| | Non users N (%) | Non persistent users N (%) | Persistent users N (%) | Total N (%) |
|---|--------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------|
| N | 646 (43,4%) | 444 (29,8%) | 400 (26,8%) | 1490 |
| Sex | | | | |
| Females | 406 (62,8%) | 264 (59,5%) | 238 (59,5%) | 908 (60,9%) |
| Males | 240 (37,2%) | 180 (40,5%) | 162 (40,5%) | 582 (39,1%) |
| Age | | | | |
| Age ≤ 40 | 125 (19,7%) | 72 (16,4%) | 68 (16,4%) | 254 (17,3%) |
| 40 < Age < 60 | 307 (48,5%) | 248 (56,5%) | 249 (60,1%) | 799 (54,4%) |
| Age ≥ 60 | 201 (31,8%) | 119 (27,1%) | 97 (23,4%) | 416 (28,3%) |
| Pain duration (in years) | | | | |
| 1 year or less | 111 (17,2%) | 49 (11,1%) | 56 (14,0%) | 216 (14,5%) |
| more than one year up to 5 years | 307 (47,5%) | 261 (58,9%) | 193 (48,2%) | 761 (51,1%) |
| more than 5 years | 228 (35,3%) | 133 (30,0%) | 151 (37,8%) | 512 (34,4%) |
| Pain frequency in past 7 days | | | | |
| Always present | 542 (83,9%) | 399 (90,1%) | 368 (92,0%) | 1309 (87,9%) |
| Occasionally | 104 (16,1%) | 44 (9,9%) | 32 (8,0%) | 180 (12,1%) |
| Type of pain | | | | |
| Non neuropathic | 125 (21,8%) | 74 (18,7%) | 88 (24,2%) | 287 (21,5%) |
| Mixed evidence | 266 (46,3%) | 186 (47,1%) | 159 (43,8%) | 611 (45,9%) |
| Neuropathic | 183 (31,9%) | 135 (34,2%) | 116 (32,0%) | 434 (32,6%) |
| <i>Means ± SD</i> | | | | |
| Average pain in past 7 days | 6,07 ± 2,3 | 6,43 ± 2,2 | 6,72 ± 1,8 | 6,35 ± 2,2 |
| Worst pain in past 7 days | 7,48 ± 2,3 | 7,94 ± 2,0 | 8,35 ± 1,5 | 7,85 ± 2,1 |
| Pain interference (BPI) | 49,72 ± 24,4 | 56,96 ± 23,4 | 60,57 ± 20,6 | 54,75 ± 23,6 |
| Physical quality of life (SF12V2 score) | 31,59 ± 9,6 | 28,91 ± 8,2 | 27,61 ± 7,5 | 29,74 ± 8,8 |
| Mental quality of life (SF12V2 score) | 42,16 ± 11,8 | 39,64 ± 11,7 | 38,58 ± 11,5 | 40,46 ± 11,8 |

Table 2. Generalized estimating equations results

| Predictive variable | χ^2 | df | P-value |
|--|--------------|----------|-------------------|
| <i>Average pain intensity</i> | | | |
| Opioid use profile | 35,64 | 2 | < 0.001 |
| Type of pain*Time | 8,53 | 2 | .014 |
| Type of pain | 5,24 | 2 | .073 |
| Time | 127,3 | 1 | .000 |
| Sex | 0,252 | 1 | .615 |
| Age | 13,49 | 1 | .000 |
| <i>Worst pain intensity</i> | | | |
| Opioid use profile*Time | 14,93 | 2 | .001 |
| Opioid use profile | 38,16 | 2 | .000 |
| Type of pain*Time | 15,22 | 2 | .000 |
| Type of pain | 13,03 | 2 | .001 |
| Time | 109,07 | 1 | .000 |
| Sex | 1,03 | 1 | .310 |
| Age | 0,1 | 1 | .757 |
| <i>Pain interference</i> | | | |
| Opioid use profile*Type of pain | 9,61 | 4 | .048 |
| Opioid use profile | 73,02 | 2 | .000 |
| Type of pain | 8,90 | 2 | .012 |
| Time | 129,48 | 1 | .000 |
| Sex | 2,30 | 1 | .130 |
| Age | 1,17 | 1 | .279 |
| <i>Physical quality of life</i> | | | |
| Opioid use profile | 68.88 | 2 | .000 |
| Type of pain | 10.14 | 2 | .006 |
| Time | 73.30 | 1 | .000 |
| Sex | 0.34 | 1 | .561 |
| Age | 29.79 | 1 | .000 |
| <i>Mental quality of life</i> | | | |
| Opioid use profile*Type of pain | 9.90 | 4 | .042 |
| Opioid use profile | 28.66 | 2 | .000 |
| Type of pain | 2.94 | 2 | .230 |
| Time | 20.79 | 1 | .000 |
| Sex | 3.16 | 1 | 0,076 |
| Age | 20.07 | 1 | 0 |

Table 3. Worst pain intensity over time

| | Baseline vs 6 months | | 6 months vs 12 months | |
|----------------------|----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | p-value | Cohen's d | p-value | Cohen's d |
| Non users | < 0.001 | 0.43 | 0.583 | 0.008 |
| Non persistent users | < 0.001 | 0.29 | 0.030 | 0.16 |
| Persistent users | < 0.001 | 0.32 | 0.946 | 0.01 |

Discussion

Le présent projet avait pour objectif d'étudier dans un contexte de «vraie vie» (par opposition aux conditions strictes des ERC) l'efficacité d'une thérapie à long terme à base d'opioïdes pour réduire la sévérité de la douleur et améliorer la qualité de vie reliée à la santé auprès d'un grand échantillon de patients souffrant de DCNC d'origine diverse et traités dans des centres de gestion multidisciplinaire de la douleur. Les résultats obtenus dans cette étude laissent planer des doutes quant à l'efficacité d'une administration prolongée de ce type de médicament et questionnent leur utilité réelle parmi l'arsenal thérapeutique pour gérer la DCNC.

Caractéristiques des participants à l'étude

Plus de la moitié des participants à la présente étude étaient de sexe féminin, ce qui n'est pas surprenant compte tenu que la majorité des études sur la prévalence de la DCNC au sein de la population ont rapporté une prédominance féminine dans ce type de désordre [15, 16, 145]. Ce phénomène pourrait être relié à des spécificités possiblement génétiques, biologiques, neurophysiologiques ou hormonales de même qu'à des facteurs psychologiques [146, 147]. Cependant, la littérature scientifique sur ce sujet est souvent contradictoire et provient principalement d'études effectuées en laboratoire avec des sujets sains de sorte que la validité écologique des conclusions n'est pas nécessairement démontrée pour des patients qui souffrent de douleur aiguë ou chronique [148].

Un regard sur le profil biopsychosocial de l'échantillon ici étudié (voir section des résultats et Tableau 1 de l'article) confirme les résultats d'une étude antérieure de Choinière et coll. à l'effet que les patients qui sont référés à des cliniques de traitement multidisciplinaire de la douleur sont lourdement hypothéqués à divers plans [29]. Ainsi, plus de la moitié des participants à la présente étude rapportaient souffrir de douleur persistante depuis au moins trois ans, ce qui peut s'expliquer par le fait que le nombre de cliniques spécialisées dans le traitement de la DCNC est limité au Québec et que les listes d'attente y sont souvent très longues [45-47]. Avant leur 1^{ière} visite à l'une ou l'autre des cliniques de la douleur, près de 90% des patients disaient souffrir de douleur de façon continue et les intensités ressenties en général et à son pire au cours des 7 derniers jours

atteignaient des scores moyens respectifs de 6.35 (écart-type = 2.2) et de 7.85 (écart-type = 2.1) sur une échelle de 0 à 10, ce qui est loin d'être négligeable en termes de sévérité de douleur. La piètre condition des patients se reflétait également dans leurs scores de qualité de vie physique au SF-12v2, lesquels étaient considérablement plus bas que les normes établies dans la population en général (voir Figure 2 de l'article). Dans l'étude de Choinière et coll. auprès de patients se trouvant sur des listes d'attente de cliniques de traitement multidisciplinaire de la douleur, les auteurs avaient fait des observations similaires [29]. Ces constats montrent encore une fois jusqu'à quel point le traitement de la DCNC laisse à désirer dans notre système de santé de sorte que lorsque ces patients sont finalement vus dans des cliniques spécialisées de la douleur, ils présentent des conditions significativement détériorées qui perdurent souvent depuis des années et risquent ainsi d'être plus réfractaires au traitement. Plusieurs auteurs [29, 44, 46, 47] et diverses organisations incluant le National Academy of Sciences aux États-Unis dans son rapport «*Relieving Pain in America*» [43] ont insisté sur l'importance d'instaurer des stratégies de prévention et de traitement efficaces de la DCNC qui sont plus en amont dans les secteurs des soins primaires et secondaires afin de non seulement minimiser les souffrances de ces patients et d'éviter/ralentir le processus de chronicisation mais également de réduire le lourd fardeau économique qu'engendre ce type de désordre. Davantage de recherche est par ailleurs nécessaire afin de déterminer l'efficacité des modalités thérapeutiques existantes lorsque ces dernières sont utilisées dans la pratique clinique courante. La présente étude a porté précisément sur l'utilité des opioïdes en soins tertiaires lorsqu'employés sur une base prolongée pour contrer la DCNC.

Utilisation à long terme des opioïdes pour traiter la DCNC

Les résultats de notre étude ont montré que près de 60% des patients étaient sur opioïdes à un moment ou un autre au cours de leur traitement dans l'une ou l'autre des cliniques de la douleur participantes. Ces résultats sont consistants avec ceux d'une étude récente réalisée par Moulin et coll. auprès de patients issus de sept centres de gestion multidisciplinaire de la douleur à travers le Canada et qui a montré que plus de la moitié de ces patients ont utilisé des opioïdes à un moment ou un autre pour traiter leurs douleurs [149]. Les études ayant porté sur l'utilisation des opioïdes chez les patients souffrants de

DCNC en général (c'est-à-dire peu importe le secteur de soins) rapportent des taux plus bas d'utilisation qui se situent entre 7.1% et 19.9% selon les études [150-153]. Les pourcentages beaucoup plus élevés dans notre étude et celle de Moulin et coll. sont probablement dus au fait que les patients traités dans des structures de soins tertiaires ont généralement essayé de très nombreux traitements sans succès significatif avant d'être pris en charge par des médecins spécialisés en douleur [154].

Il est important de soulever la question de l'abandon du traitement à base d'opioïdes au cours de la période de suivi dans notre étude. En effet, une grande proportion de patients (52%) ont rapporté avoir interrompu leur traitement pendant les 12 mois de l'étude, ce qui peut être vu comme étant en soi un taux élevé d'échec du traitement. Les principales raisons invoquées pour arrêter la prise d'opioïdes étaient les effets secondaires (33.4%) ou le manque d'efficacité (20.5%). D'autres études ont également rapporté des taux élevés d'interruption de l'utilisation des opioïdes par les patients, pour sensiblement les mêmes raisons dans l'ensemble [100, 101, 127]. En effet, il semblerait que les effets secondaires liés à l'utilisation des opioïdes ne sont pas toujours pris en charge adéquatement et tout particulièrement dans le secteur des soins primaires [155-157]. Dans leur étude sur les dispensations d'opioïdes au Québec, William et coll. ont rapporté que seulement un tiers des patients traités par des opioïdes ont reçu un traitement pour prévenir les effets secondaires gastrointestinaux liés à l'utilisation de ce type de médicament [155]. Toutefois, une prise en charge adéquate des effets secondaires ne constitue pas nécessairement une garantie de la réussite d'un traitement à base d'opioïdes puisque certains patients les cessent à cause d'un soulagement insuffisant.

Efficacité des opioïdes pour réduire la sévérité de la douleur

Les utilisateurs persistants d'opioïdes ont rapporté des scores de douleur ressentie en moyenne plus élevés que ceux des non utilisateurs. Ce résultat est cohérent avec ceux de deux autres études qui ont évalué chez des patients souffrants de DCNC, l'efficacité à réduire la sévérité de la douleur d'une thérapie à long terme à base d'opioïdes (évaluée à partir de prescriptions remplies par des pharmacies ou auto-rapportée par les patients). Ces études ont montré que comparés aux patients qui n'utilisaient pas d'opioïdes, ceux qui en prenaient rapportaient des douleurs plus sévères, concluant ainsi que l'utilisation

prolongée des opioïdes semble être inefficace pour diminuer l'intensité de douleur chez les patients qui souffrent de DCNC [103, 150].

Chez les trois groupes de patients (–i.e., non utilisateurs d'opioïdes, utilisateurs non persistants et utilisateurs persistants), l'intensité de douleur ressentie à son pire a diminué de façon statistiquement significative entre la visite initiale et à 6 mois mais elle est restée inchangée entre 6 et 12 mois, suggérant ainsi que chez ces patients, les changements les plus importants dans l'intensité de douleur ressentie à son pire s'étaient produits au cours des 6 premiers mois du traitement. Cependant, cette interaction avec le temps n'a pas été observée pour l'intensité de douleur ressentie en moyenne et ceci peut être dû à la nature même des cotes de douleur qui étaient demandées. Dans le dernier cas, les patients devaient faire une moyenne d'intensité de leur douleur sur une période de 7 jours et ceci peut représenter une estimation qui est moins précise que l'intensité de la douleur ressentie à son pire qui elle, est basée sur un souvenir précis dans le temps au cours de la même période.

Les non utilisateurs d'opioïdes ont rapporté que leur douleur interférait moins dans diverses sphères de la vie quotidienne que ne le faisaient les utilisateurs persistants et non persistants. Dans leur revue systématique de la littérature sur l'efficacité d'une administration prolongée d'opioïdes à améliorer la capacité fonctionnelle chez des souffrants chroniques, Noble et coll. [101] ainsi que Ballantyne et coll. [158] ont identifié quelques études sur ce sujet mais les conclusions de ces dernières étaient divergentes, certaines démontrant une amélioration plus ou moins importante tandis que d'autres n'ont trouvé aucune amélioration. Enfin, d'autres études rapportaient pour leur part un état fonctionnel détérioré chez les patients utilisant les opioïdes à long terme [103-105, 108, 149].

Il existe peu d'évidences scientifiques sur les raisons pour lesquelles les patients souffrant de DCNC et traités à long terme par les opioïdes, continuent de rapporter des scores élevés d'intensité et d'interférence de la douleur. Ceci pourrait être dû à une étiologie imprécise ou à un choix d'analgésique ne répondant pas ou peu à la condition du patient. De plus il existe une croyance à l'effet que l'administration prolongée d'opioïdes peut être accompagnée d'un phénomène de tolérance qui est un état d'adaptation dans

lequel l'exposition à une substance induit des changements qui mènent à une diminution progressive des effets du médicament avec une diminution de l'efficacité analgésique [60, 62]. Cependant, le développement d'une tolérance aux effets analgésiques du médicament a surtout été observé dans des études animales et n'a pas été clairement documenté chez l'homme. Il y a en effet beaucoup de littérature sur les douleurs d'origine cancéreuse qui montrent que les patients peuvent être maintenus pendant de longues périodes de temps (allant jusqu'à 6 mois) sur des doses stables d'opioïdes, et quand il y a augmentation de la dose, elle est plutôt associée à la progression de la tumeur [159, 160]. Une étude ayant suivi sur une période de 10 ans des patients souffrant de DCNC et traités par des opioïdes a aussi rapporté que la majorité des patients ont été maintenus à des doses stables d'opioïdes pour de longues périodes de temps sans développer des troubles de tolérance aux effets analgésiques de ce type de médicament [161]. Une autre raison possible pour ce manque d'efficacité pourrait être liée au fait que les opioïdes peuvent induire un état d'hyperalgésie, appelé «hyperalgésie induite par les opioïdes» (HIO). Tel que mentionné antérieurement dans ce mémoire, l'HIO est définie par un abaissement du seuil de la douleur à la suite de l'utilisation d'opioïdes et qui se traduit par une hypersensibilité aux stimulations nociceptives, une tolérance apparente aux opioïdes et une augmentation de la douleur malgré une augmentation de la dose des opioïdes [89, 162, 163]. Cependant, le mécanisme précis de l'HIO n'est pas clairement établi et ce phénomène a été étudié principalement dans un contexte d'exposition à court terme [89, 164]. Le fait que les patients traités avec des opioïdes sur une base à long terme puissent développer de l'HIO ne peut pas être exclu mais cette question mérite des études plus approfondies. De plus, l'abaissement du seuil de la douleur peut aussi être dû à l'appréciation qu'en fait le patient selon ses attentes et son stress. Enfin, il est important de souligner qu'un grand nombre des désordres à l'origine de l'apparition des douleurs chroniques sont des maladies progressives (p.ex., arthrite rhumatoïde, sclérose en plaque) qui évoluent avec le temps et peuvent donc s'accompagner d'une détérioration de la condition douloureuse des patients. Si tel est le cas pour certains patients, le fait que les opioïdes puissent maintenir l'intensité de la douleur et son interférence à des niveaux acceptables peut être considéré comme un gain loin d'être négligeable (voir section Forces et limites de l'étude).

Efficacité des opioïdes dans l'amélioration de qualité de vie reliée à la santé

Dans la présente étude, les non utilisateurs d'opioïdes ont rapporté des scores de qualité de vie physique et mentale plus élevés que ceux qui les utilisaient de façon persistante ou non persistante. Ces résultats concordent avec les observations d'Eriksen et coll. [150] et de Campbell et coll. [104] suggérant ainsi que l'utilisation à long terme des opioïdes ne serait pas des plus efficaces pour améliorer la qualité de vie liée à la santé de ces patients. En effet, le passage à une meilleure qualité de vie et à une capacité fonctionnelle améliorée constitue un objectif principal dans la gestion de la DCNC, un objectif qui est défini comme étant aussi important que la réduction de la douleur elle-même [165-167].

Signification clinique des résultats

Notre étude a révélé des différences statistiquement significatives entre les différents profils d'utilisation d'opioïdes. Cependant, toutes ces différences étaient de faible ampleur (voir la Figure 2). Dans les études impliquant des échantillons de grande taille comme celle-ci, l'examen de l'ampleur d'effet peut se révéler plus informatif que la signification statistique [168]. Dans notre étude, aucune des différences entre les groupes n'a atteint la limite d'une ampleur d'effet qui peut être considérée comme modérée à grande (tous les d de Cohen < 0.5). Bien que les critères de Cohen ne représentent pas une règle absolue, ils peuvent cependant guider notre interprétation des résultats. Et selon ces critères, la signification clinique des différences entre les groupes de notre étude peut être considérée comme douteuse. En d'autres termes, les résultats de notre étude n'ont pas réussi à démontrer qu'une thérapie à long terme à l'aide d'opioïdes améliore la condition des patients, mais s'il y a quelque tendance qui se dégage, elle serait dans la direction opposée—i.e., celle-ci pourrait même se détériorer suite à l'utilisation de ce type de médicament.

Forces et limites de l'étude

Cette étude multicentrique impliquant un grand échantillon hétérogène de patients suivis dans un contexte de vraie vie est à notre connaissance la première de son genre à avoir porté sur l'efficacité d'une thérapie à long terme par les opioïdes pour réduire la sévérité de la douleur et améliorer la qualité de vie reliée à la santé des patients souffrant

de DCNC. Comme toute autre étude, elle présente cependant certaines limites qui méritent d'être discutées. Tout d'abord, cette étude a été menée auprès de patients qui étaient traités dans des centres de soins tertiaires; les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à des populations de patients qui sont traités dans d'autres secteurs de soins (p.ex., structures de soins primaires). Deuxièmement, les patients ont été classifiés dans l'un ou l'autre des profils d'utilisation d'opioïdes en se basant sur leur utilisation des médicaments rapportée au moment de la visite initiale à la clinique de la douleur ainsi qu'aux temps de suivis à 6 et à 12 mois; il est donc possible que des patients aient interrompu leur traitement pendant un certain temps à l'intérieur des périodes de 6 mois séparant chaque temps de suivi et cela n'était pas pris en compte dans cette classification. De plus le rôle d'une possible co-médication analgésique chez les patients de cette étude durant la période de suivi n'a pas été tenu en compte et ceci a pu avoir un effet sur les résultats. Enfin, étant donné que notre étude n'était pas un essai randomisé contrôlé, il n'est pas possible de savoir si avec le temps la condition des utilisateurs persistants d'opioïdes aurait empiré s'ils n'avaient pas utilisé ce type de médicament. C'est certes possible et une amélioration si minime soit-elle constitue un gain pour ces patients. Cependant, considérant que plus de la moitié des patients qui étaient sur opioïdes en ont cessé la prise, ce type de médicament ne constitue certes pas une panacée et davantage de recherche est nécessaire afin d'identifier le profil précis des patients qui sont les plus susceptibles de bénéficier de ce type de traitement.

Perspectives futures

La présente étude ouvre la voie à plusieurs avenues de recherche futures qui méritent certainement d'être explorées. Ainsi, il serait pertinent d'élargir la perspective de cette étude en menant des recherches sur la prévalence et l'efficacité d'une utilisation à long terme des opioïdes chez les patients traités dans le secteur des soins de première ligne. Diverses études ont montré que les médecins généralistes sont moins enclins à prescrire ce type de médicament pour la DCNC à cause de préjugés ayant trait au phénomène de tolérance ou de préoccupations concernant le risque d'abus ou d'addiction aux opioïdes [169-172]. La question de savoir si une utilisation judicieuse mais plus précoce des opioïdes en soins de première ligne peut contribuer à diminuer le risque de chronicité ou à ralentir le processus de détérioration de la condition des patients demeure

sans réponse à ce jour et des études effectuées dans un contexte de vraie vie sont définitivement requises si on veut diminuer plus en amont le fardeau humain et économique de la DCNC. Certaines études ont par ailleurs montré que ce type de médicament n'est pas toujours utilisé de façon optimale; ainsi, peu ou pas d'attention n'est portée en soins de première ligne à la gestion des effets secondaires gastrointestinaux associées à la prise d'opioïdes [155-157]. Si mal gérés, ces effets peuvent entraîner une cessation du médicament alors que ce dernier aurait pu être bénéfique. L'identification d'autres facteurs biopsychosociaux qui font en sorte que les patients cessent ou non la prise d'opioïdes pour contrer leur douleur mérite également plus ample investigation et ce, que ce soit dans le secteur des soins primaires que dans celui des soins tertiaires.

Des études d'efficacité comparative des opioïdes les plus prescrits pourraient également nous fournir des informations très utiles en nous indiquant si, dans les conditions réelles de pratique clinique, certains types d'opioïdes sont plus efficaces que d'autres pour réduire la sévérité de la douleur et améliorer la qualité de vie des patients. Cependant, il convient de tenir en compte qu'une approche uniquement pharmacologique pour traiter la DCNC risque d'être vouée à l'échec puisque ce type de désordre implique de multiples interactions réciproques entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [37, 38, 40, 41]. Tous s'entendent pour dire que des interventions multimodales et interdisciplinaires qui abordent à la fois les dimensions biologique et psychosociale de la DCNC constituent la meilleure approche de traitement [40, 41] mais on est loin de la coupe aux lèvres en regard des évidences scientifiques qui supportent la combinaison optimale des interventions précisément requises. Ceci est d'autant plus vrai dans un contexte où on reconnaît de plus en plus l'importance et la nécessité d'une approche personnalisée de soins centrée sur les besoins spécifiques des patients et notamment chez ceux qui souffrent de désordres chroniques [173]. Cependant, ceci suppose un changement important (pour ne pas dire un changement de paradigme) dans nos façons de faire de la recherche actuellement où l'emphase est davantage mise sur des résultats moyennés sur des groupes de patients plutôt que sur le rôle des différences inter- et intra-individuelles dans la réponse au(x) traitement(s).

Conclusions

Les résultats obtenus dans le cadre de ce projet de recherche effectué auprès de patients souffrant de DCNC qui sont traités en soins tertiaires n'ont pas démontré que l'utilisation à long terme d'opioïdes réduit de façon significative l'intensité de la douleur et son impact dans diverses sphères de la vie quotidienne. Il en est de même pour la qualité de vie physique et mentale des patients qui ne s'est pas vue elle non plus améliorée. Non seulement un nombre important de patients en viennent à cesser de prendre ce type de médicament mais chez ceux qui persistent à les utiliser, les résultats suggèrent que leur condition demeure relativement la même et qu'elle pourrait même se détériorer si on la compare à celle de patients ne prenant pas d'opioïdes. Ces résultats sont importants car d'une part ils remettent en question l'efficacité clinique de ce type de médicaments lorsqu'administrés à long terme et d'autre part ils soulèvent un questionnement sur le rôle que devraient jouer les opioïdes dans l'arsenal thérapeutique de la gestion de la DCNC.

Bibliographie

1. International Association for the Study of Pain, S.o.T., *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.* . Pain Suppl, 1986. **3**: p. S1-226.
2. Treede, R.D., et al., *A classification of chronic pain for ICD-11.* Pain, 2015. **156**(6): p. 1003-7.
3. Gereau, R.W.t., et al., *A pain research agenda for the 21st century.* J Pain, 2014. **15**(12): p. 1203-14.
4. Woolf, C.J., *Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management.* Ann Intern Med, 2004. **140**(6): p. 441-51.
5. Beaulieu, P., *Pharmacologie de la douleur.* 2005, Montréal: Presses de l'Université de Montréal. xi, 593.
6. Beaulieu, P., *La douleur : guide pharmacologique et thérapeutique.* 2013, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal ;Maloine. 228.
7. Merskey, H. and N. Bogduk, *Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.* 2nd ed. 1994, Seattle: IASP Press. xvi, 222 p.
8. Marchand, S., *Le phénomène de la douleur.* 2e éd. ed. 2009, Montréal: Chenelière-éducation. xii, 378.
9. Portenoy, R., *Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain.* Curr Med Res Opin, 2006. **22**(8): p. 1555-65.
10. Nicholson, B.D., *Diagnosis and management of neuropathic pain: a balanced approach to treatment.* J Am Acad Nurse Pract, 2003. **15**(12 Suppl): p. 3-9.
11. Chaturvedi, S.K., *Chronic idiopathic pain disorder.* J Psychosom Res, 1986. **30**(2): p. 199-203.

12. Lipowski, Z.J., *Chronic idiopathic pain syndrome*. Ann Med, 1990. **22**(4): p. 213-7.
13. Merskey, H., *Psychological aspects of pain*. Postgrad Med J, 1968. **44**(510): p. 297-306.
14. Moulin, D.E., et al., *Chronic pain in Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia*. Pain Res Manag, 2002. **7**(4): p. 179-84.
15. Boulanger, A., et al., *Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain?* Pain Res Manag, 2007. **12**(1): p. 39-47.
16. Schopflocher, D., P. Taenzer, and R. Jovey, *The prevalence of chronic pain in Canada*. Pain Res Manag, 2011. **16**(6): p. 445-50.
17. Reitsma, M.L., et al., *The prevalence of chronic pain and pain-related interference in the Canadian population from 1994 to 2008*. Chronic Dis Inj Can, 2011. **31**(4): p. 157-64.
18. Harstall, C. and M. Ospina, *How prevalent is chronic pain?* Pain Clinical Updates, 2003. **xi**(2): p. 1-4.
19. Reid, K.J., et al., *Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact*. Curr Med Res Opin, 2011. **27**(2): p. 449-62.
20. Breivik, H., et al., *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain, 2006. **10**(4): p. 287-333.
21. Van Den Kerkhof, E.G., et al., *The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada*. Pain Res Manag, 2003. **8**(3): p. 157-63.
22. Langley, P., et al., *The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization*. J Med Econ, 2010. **13**(3): p. 571-81.
23. Fine, P.G., *Long-term consequences of chronic pain: mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states*. Pain Med, 2011. **12**(7): p. 996-1004.
24. Gureje, O., et al., *Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care*. JAMA, 1998. **280**(2): p. 147-51.

25. Demyttenaere, K., et al., *Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys*. Pain, 2007. **129**(3): p. 332-42.
26. Tang, N.K. and C. Crane, *Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links*. Psychol Med, 2006. **36**(5): p. 575-86.
27. Ohayon, M.M., *Relationship between chronic painful physical condition and insomnia*. J Psychiatr Res, 2005. **39**(2): p. 151-9.
28. Choinière M, Racine M, and Raymond I, *Epidemiology of pain and sleep disturbances and their interrelationships*, in *Sleep and Pain*, G. Lavigne, et al., Editors. 2007, IASP Press: Seattle. p. 267-284.
29. Choiniere, M., et al., *The Canadian STOP-PAIN project - Part I: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities?* Can J Anaesth, 2010. **57**(6): p. 539-48.
30. Manca, A., et al., *Quality of life, resource consumption and costs of spinal cord stimulation versus conventional medical management in neuropathic pain patients with failed back surgery syndrome (PROCESS trial)*. Eur J Pain, 2008. **12**(8): p. 1047-58.
31. Martin, E., L. Lalonde, and M. Choinière, *Programme ACCORD: Disability and loss of productivity in primary care patients with non-cancer chronic pain*. Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 2010. **17**(1): p. e-116.
32. Lachaine, J., et al., *Painful neuropathic disorders: an analysis of the Regie de l'Assurance Maladie du Quebec database*. Pain Res Manag, 2007. **12**(1): p. 31-7.
33. Lachaine, J., C. Beauchemin, and P.A. Landry, *Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome*. Clin J Pain, 2010. **26**(4): p. 284-90.
34. Rashid, S., *Chronic pain : a health policy perspective*. Health care and disease management,. 2008, Weinheim, Allemagne: Wiley-Blackwell/Wiley-VCH. xxviii, 318 p.
35. Gaskin, D.J. and P. Richard, *The economic costs of pain in the United States*. J Pain, 2012. **13**(8): p. 715-24.

36. Lalonde, L., et al., *Costs of moderate to severe chronic pain in primary care patients - a study of the ACCORD Program*. J Pain Res, 2014. **7**: p. 389-403.
37. Gatchel, R.J., et al., *The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions*. Psychol Bull, 2007. **133**(4): p. 581-624.
38. Gatchel, R.J., *Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective*. Am Psychol, 2004. **59**(8): p. 795-805.
39. Scascighini, L. and H. Sprott, *Chronic nonmalignant pain: a challenge for patients and clinicians*. Nat Clin Pract Rheumatol, 2008. **4**(2): p. 74-81.
40. Kamper, S.J., et al., *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2014. **9**: p. CD000963.
41. Gatchel, R.J., et al., *Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future*. Am Psychol, 2014. **69**(2): p. 119-30.
42. Niv, D. and M. Devor, *Chronic pain as a disease in its own right*. Pain Pract, 2004. **4**(3): p. 179-81.
43. Institute of Medicine Committee on Advancing Pain Research Care and Education, *Relieving Pain in America: Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. 2011: Washington, DC.
44. Sessle, B., *Unrelieved pain: a crisis*. Pain Res Manag, 2011. **16**(6): p. 416-20.
45. Veillette, Y., et al., *The treatment of chronic pain in Quebec: a study of hospital-based services offered within anesthesia departments*. Can J Anaesth, 2005. **52**(6): p. 600-6.
46. Lynch, M.E., et al., *Waiting for treatment for chronic pain - a survey of existing benchmarks: toward establishing evidence-based benchmarks for medically acceptable waiting times*. Pain Res Manag, 2007. **12**(4): p. 245-8.
47. Peng, P., et al., *Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada*. Can J Anaesth, 2007. **54**(12): p. 977-84.
48. Lalonde, L., V. Leroux-Lapointe, and M. Choinière, *Knowledge, attitudes and beliefs about chronic non-cancer pain in primary care: A Canadian survey of physicians and pharmacists*. In press in: Pain research & management, 2014.
49. Watt-Watson, J., et al., *A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities*. Pain Res Manag, 2009. **14**(6): p. 439-44.

50. Kroenke, K., E.E. Krebs, and M.J. Bair, *Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews*. Gen Hosp Psychiatry, 2009. **31**(3): p. 206-19.
51. Turk, D.C., H.D. Wilson, and A. Cahana, *Treatment of chronic non-cancer pain*. Lancet, 2011. **377**(9784): p. 2226-35.
52. Gilron, I., T.S. Jensen, and A.H. Dickenson, *Combination pharmacotherapy for management of chronic pain: from bench to bedside*. Lancet Neurol, 2013. **12**(11): p. 1084-95.
53. Lynch, M.E. and C.P. Watson, *The pharmacotherapy of chronic pain: a review*. Pain Res Manag, 2006. **11**(1): p. 11-38.
54. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain, M., A. American Society of Regional, and M. Pain, *Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine*. Anesthesiology, 2010. **112**(4): p. 810-33.
55. Dworkin, R.H., et al., *Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update*. Mayo Clin Proc, 2010. **85**(3 Suppl): p. S3-14.
56. Attal, N., et al., *EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision*. Eur J Neurol, 2010. **17**(9): p. 1113-e88.
57. Moulin, D., et al., *Pharmacological management of chronic neuropathic pain: revised consensus statement from the Canadian Pain Society*. Pain Res Manag, 2014. **19**(6): p. 328-35.
58. Gilron, I. and M.B. Max, *Combination pharmacotherapy for neuropathic pain: current evidence and future directions*. Expert Rev Neurother, 2005. **5**(6): p. 823-30.
59. Gilron, I., et al., *Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial*. Lancet, 2009. **374**(9697): p. 1252-61.
60. Goodman, L.S., et al., *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. 2011, McGraw-Hill Medical,: New York ; Toronto.

61. Trescot, A.M., et al., *Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines*. Pain Physician, 2008. **11**(2 Suppl): p. S5-S62.
62. Benyamin, R., et al., *Opioid complications and side effects*. Pain Physician, 2008. **11**(2 Suppl): p. S105-20.
63. Bannwarth, B., *Risk-benefit assessment of opioids in chronic noncancer pain*. Drug Saf, 1999. **21**(4): p. 283-96.
64. Goodman, L.S., et al., *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. 12th ed. 2011, New York: McGraw-Hill Medical. 1 ressource en ligne.
65. Swegle, J.M. and C. Logemann, *Management of common opioid-induced adverse effects*. Am Fam Physician, 2006. **74**(8): p. 1347-54.
66. Kalso, E., et al., *Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety*. Pain, 2004. **112**(3): p. 372-80.
67. Candiotti, K.A. and M.C. Gitlin, *Review of the effect of opioid-related side effects on the undertreatment of moderate to severe chronic non-cancer pain: tapentadol, a step toward a solution?* Curr Med Res Opin, 2010. **26**(7): p. 1677-84.
68. Nicholson, B., *Responsible prescribing of opioids for the management of chronic pain*. Drugs, 2003. **63**(1): p. 17-32.
69. Moulin, D.E., et al., *Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain*. Lancet, 1996. **347**(8995): p. 143-7.
70. Panchal, S.J., P. Muller-Schwefe, and J.I. Wurzelmann, *Opioid-induced bowel dysfunction: prevalence, pathophysiology and burden*. Int J Clin Pract, 2007. **61**(7): p. 1181-7.
71. Coyne, K.S., et al., *Opioid-induced constipation in patients with chronic noncancer pain in the USA, Canada, Germany, and the UK: descriptive analysis of baseline patient-reported outcomes and retrospective chart review*. Clinicoecon Outcomes Res, 2014. **6**: p. 269-81.
72. Boudreau, D., et al., *Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain*. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2009. **18**(12): p. 1166-75.

73. Sullivan, M.D., et al., *Trends in use of opioids for non-cancer pain conditions 2000-2005 in commercial and Medicaid insurance plans: the TROUP study*. Pain, 2008. **138**(2): p. 440-9.
74. Olsen, Y., G.L. Daumit, and D.E. Ford, *Opioid prescriptions by U.S. primary care physicians from 1992 to 2001*. J Pain, 2006. **7**(4): p. 225-35.
75. Manchikanti, L., et al., *Opioids in chronic noncancer pain: have we reached a boiling point yet?* Pain Physician, 2014. **17**(1): p. E1-10.
76. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. and Center for Behavioral Health Statistics and Quality (U.S.). *Treatment episode data set (TEDS). National admissions to substance abuse treatment services*. 2011 13 October 2015]; Available from: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds09/TEDS2k9NWeb.pdf>.
77. Manchikanti, L. and A. Singh, *Therapeutic opioids: a ten-year perspective on the complexities and complications of the escalating use, abuse, and nonmedical use of opioids*. Pain Physician, 2008. **11**(2 Suppl): p. S63-88.
78. Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*. 2012 13 October 2015]; Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php.
79. Hall, A.J., et al., *Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities*. JAMA, 2008. **300**(22): p. 2613-20.
80. Coben, J.H., et al., *Hospitalizations for poisoning by prescription opioids, sedatives, and tranquilizers*. Am J Prev Med, 2010. **38**(5): p. 517-24.
81. Volkow, N.D., et al., *Medication-assisted therapies--tackling the opioid-overdose epidemic*. N Engl J Med, 2014. **370**(22): p. 2063-6.
82. Madadi, P., et al., *Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: a population-based study in Ontario, Canada*. PLoS One, 2013. **8**(4): p. e60600.
83. Chou, R., et al., *Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain*. J Pain, 2009. **10**(2): p. 113-30.

84. Jovey, R.D., et al., *Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain--a consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society*, 2002. *Pain Res Manag*, 2003. **8 Suppl A**: p. 3A-28A.
85. O'Connor, A.B. and R.H. Dworkin, *Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines*. *Am J Med*, 2009. **122**(10 Suppl): p. S22-32.
86. American Geriatrics Society Panel, o.t.P.M.o.P.P.i.O., Persons, *Pharmacological management of persistent pain in older persons*. *Pain Med*, 2009. **10**(6): p. 1062-83.
87. Collège des médecins du Québec, *Douleur chronique et opioïdes: L'essentiel*. 2009.
88. Carville, S.F., et al., *EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome*. *Ann Rheum Dis*, 2008. **67**(4): p. 536-41.
89. Chu, L.F., M.S. Angst, and D. Clark, *Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations*. *Clin J Pain*, 2008. **24**(6): p. 479-96.
90. American Academy of Pain Medicine, t.A.P.S. and M. the American Society of Addiction, *Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain*. *WMJ*, 2001. **100**(5): p. 28-9.
91. American Psychiatric Association., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Fifth edition. ed. 2013, Washington, DC: American Psychiatric Publishing. xlv, 947 pages.
92. Minozzi, S., L. Amato, and M. Davoli, *Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review*. *Addiction*, 2013. **108**(4): p. 688-98.
93. Fishbain, D.A., et al., *What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review*. *Pain Med*, 2008. **9**(4): p. 444-59.
94. Boscarino, J.A., et al., *Risk factors for drug dependence among out-patients on opioid therapy in a large US health-care system*. *Addiction*, 2010. **105**(10): p. 1776-82.

95. Chou, R., et al., *The Effectiveness and Risks of Long-Term Opioid Treatment of Chronic Pain. Evidence Report/Technology Assessment*. 2014, Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD.
96. American Pain Society-American Academy of Pain Medicine, *Guideline for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain: Evidence Review*. 2009.
97. Furlan, A.D., et al., *Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects*. CMAJ, 2006. **174**(11): p. 1589-94.
98. Moore, R.A. and H.J. McQuay, *Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids*. Arthritis Res Ther, 2005. **7**(5): p. R1046-51.
99. Chaparro, L.E., et al., *Opioids compared with placebo or other treatments for chronic low back pain: an update of the Cochrane Review*. Spine (Phila Pa 1976), 2014. **39**(7): p. 556-63.
100. Furlan, A., et al., *A comparison between enriched and nonenriched enrollment randomized withdrawal trials of opioids for chronic noncancer pain*. Pain Res Manag, 2011. **16**(5): p. 337-51.
101. Noble, M., et al., *Long-term opioid management for chronic noncancer pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(1): p. CD006605.
102. Chou, R., et al., *The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop*. Ann Intern Med, 2015. **162**(4): p. 276-86.
103. Fredheim, O.M., et al., *Chronic pain and use of opioids: A population-based pharmacoepidemiological study from the Norwegian prescription database and the Nord-Trondelag health study*. Pain, 2014.
104. Campbell, G., et al., *The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain*. Pain, 2015. **156**(2): p. 231-42.
105. LeResche, L., et al., *Sex and Age Differences in Global Pain Status Among Patients Using Opioids Long Term for Chronic Noncancer Pain*. J Womens Health (Larchmt), 2015. **24**(8): p. 629-35.

106. Strick, V., *Management of severe chronic pain with tapentadol prolonged release - long-term data from pain specialists*. Curr Med Res Opin, 2014. **30**(10): p. 2085-92.
107. Ferrari, R., et al., *Effectiveness of opioid analgesics in chronic noncancer pain*. Pain Pract, 2015. **15**(3): p. 272-8.
108. Bostick, G.P., et al., *Physical Functioning and Opioid use in Patients with Neuropathic Pain*. Pain Med, 2015. **16**(7): p. 1361-8.
109. Eisenberg, E., E.D. McNicol, and D.B. Carr, *Efficacy and safety of opioid agonists in the treatment of neuropathic pain of nonmalignant origin: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. JAMA, 2005. **293**(24): p. 3043-52.
110. Deshpande, A., et al., *Opioids for chronic low-back pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(3): p. CD004959.
111. Martell, B.A., et al., *Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction*. Ann Intern Med, 2007. **146**(2): p. 116-27.
112. Cepeda, M.S., et al., *Tramadol for osteoarthritis: a systematic review and metaanalysis*. J Rheumatol, 2007. **34**(3): p. 543-55.
113. Hale, M.E., et al., *Efficacy and safety of OPANA ER (oxymorphone extended release) for relief of moderate to severe chronic low back pain in opioid-experienced patients: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study*. J Pain, 2007. **8**(2): p. 175-84.
114. Katz, N., et al., *A 12-week, randomized, placebo-controlled trial assessing the safety and efficacy of oxymorphone extended release for opioid-naive patients with chronic low back pain*. Curr Med Res Opin, 2007. **23**(1): p. 117-28.
115. Matsumoto, A.K., N. Babul, and H. Ahdieh, *Oxymorphone extended-release tablets relieve moderate to severe pain and improve physical function in osteoarthritis: results of a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled phase III trial*. Pain Med, 2005. **6**(5): p. 357-66.
116. Burch, F., et al., *A comparison of the analgesic efficacy of Tramadol Contramid OAD versus placebo in patients with pain due to osteoarthritis*. J Pain Symptom Manage, 2007. **34**(3): p. 328-38.

117. Gana, T.J., et al., *Extended-release tramadol in the treatment of osteoarthritis: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial*. Curr Med Res Opin, 2006. **22**(7): p. 1391-401.
118. Vorsanger, G.J., et al., *Extended-release tramadol (tramadol ER) in the treatment of chronic low back pain*. J Opioid Manag, 2008. **4**(2): p. 87-97.
119. Thorne, C., et al., *A randomized, double-blind, crossover comparison of the efficacy and safety of oral controlled-release tramadol and placebo in patients with painful osteoarthritis*. Pain Res Manag, 2008. **13**(2): p. 93-102.
120. Langford, R., et al., *Transdermal fentanyl for improvement of pain and functioning in osteoarthritis: a randomized, placebo-controlled trial*. Arthritis Rheum, 2006. **54**(6): p. 1829-37.
121. Kivitz, A., et al., *A 2-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging, phase III trial comparing the efficacy of oxymorphone extended release and placebo in adults with pain associated with osteoarthritis of the hip or knee*. Clin Ther, 2006. **28**(3): p. 352-64.
122. Markenson, J.A., et al., *Treatment of persistent pain associated with osteoarthritis with controlled-release oxycodone tablets in a randomized controlled clinical trial*. Clin J Pain, 2005. **21**(6): p. 524-35.
123. Zautra, A.J. and B.W. Smith, *Impact of controlled-release oxycodone on efficacy beliefs and coping efforts among osteoarthritis patients with moderate to severe pain*. Clin J Pain, 2005. **21**(6): p. 471-7.
124. Ma, K., et al., *The efficacy of oxycodone for management of acute pain episodes in chronic neck pain patients*. Int J Clin Pract, 2008. **62**(2): p. 241-7.
125. Khoromi, S., et al., *Morphine, nortriptyline and their combination vs. placebo in patients with chronic lumbar root pain*. Pain, 2007. **130**(1-2): p. 66-75.
126. Deyo, R.A., M. Von Korff, and D. Duhrkoop, *Opioids for low back pain*. BMJ, 2015. **350**: p. g6380.
127. Reinecke, H., et al., *Analgesic efficacy of opioids in chronic pain: recent meta-analyses*. Br J Pharmacol, 2015. **172**(2): p. 324-33.
128. Dworkin, R.H., et al., *Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations*. Pain, 2005. **113**(1-2): p. 9-19.

129. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 1988, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
130. Anderson, V.C. and K.J. Burchiel, *A prospective study of long-term intrathecal morphine in the management of chronic nonmalignant pain*. *Neurosurgery*, 1999. **44**(2): p. 289-300; discussion 300-1.
131. Anderson, V.C., K.J. Burchiel, and B. Cooke, *A Prospective, Randomized Trial of Intrathecal Injection vs. Epidural Infusion in the Selection of Patients for Continuous Intrathecal Opioid Therapy*. *Neuromodulation*, 2003. **6**(3): p. 142-52.
132. Thimineur, M.A., E. Kravitz, and M.S. Vodapally, *Intrathecal opioid treatment for chronic non-malignant pain: a 3-year prospective study*. *Pain*, 2004. **109**(3): p. 242-9.
133. Ware, J.E., Jr., et al., *User's Manual for the SF-12v2® Health Survey With a Supplement Documenting SF-12® Health Survey*. 2002.
134. Bellows, B.K., et al., *Real-world evidence in pain research: a review of data sources*. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2014. **28**(3): p. 294-304.
135. McQuay, H. and A. Moore, *Utility of clinical trial results for clinical practice*. *Eur J Pain*, 2007. **11**(2): p. 123-4.
136. Reid, M.C., et al., *Improving the pharmacologic management of pain in older adults: identifying the research gaps and methods to address them*. *Pain Med*, 2011. **12**(9): p. 1336-57.
137. Rothwell, P.M., *External validity of randomised controlled trials: "to whom do the results of this trial apply?"*. *Lancet*, 2005. **365**(9453): p. 82-93.
138. Dreyer, N.A. and S. Garner, *Registries for robust evidence*. *JAMA*, 2009. **302**(7): p. 790-1.
139. Zaslansky, R., R.C. Chapman, and W. Meissner, *Registries for acute pain: Will they advance evidence-based practice*. *American Pain Society (APS) Bulletin*, 2009. **6**: p. 6-9.
140. Gliklich, R.E. and N.A. Dreyer, *Registries for evaluating patient outcomes : a user's guide*. Third edition. ed. AHRQ publication. 2014, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. 2 volumes.

141. Zaslansky, R., et al., *PAIN OUT: an international acute pain registry supporting clinicians in decision making and in quality improvement activities*. J Eval Clin Pract, 2014. **20**(6): p. 1090-8.
142. Zaslansky, R., et al., *PAIN OUT: the making of an international acute pain registry*. Eur J Pain, 2015. **19**(4): p. 490-502.
143. Wolfe, F. and K. Michaud, *The National Data Bank for rheumatic diseases: a multi-registry rheumatic disease data bank*. Rheumatology (Oxford), 2011. **50**(1): p. 16-24.
144. Smith, M.Y., R.E. Sobel, and C.A. Wallace, *Monitoring the long-term safety of therapies for children with juvenile idiopathic arthritis: time for a consolidated patient registry*. Arthritis Care Res (Hoboken), 2010. **62**(6): p. 800-4.
145. Reitsma, M., et al., *The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey*. Pain Res Manag, 2012. **17**(3): p. 166-72.
146. Greenspan, J.D., et al., *Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report*. Pain, 2007. **132 Suppl 1**: p. S26-45.
147. Fillingim, R.B., et al., *Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings*. J Pain, 2009. **10**(5): p. 447-85.
148. Racine, M., et al., *A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 1: are there really differences between women and men?* Pain, 2012. **153**(3): p. 602-18.
149. Moulin, D.E., et al., *Long-Term Outcome of the Management of Chronic Neuropathic Pain: A Prospective Observational Study*. J Pain, 2015. **16**(9): p. 852-61.
150. Eriksen, J., et al., *Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: an epidemiological study*. Pain, 2006. **125**(1-2): p. 172-9.
151. Campbell, C.I., et al., *Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain*. Am J Public Health, 2010. **100**(12): p. 2541-7.
152. Luo, X., R. Pietrobon, and L. Hey, *Patterns and trends in opioid use among individuals with back pain in the United States*. Spine (Phila Pa 1976), 2004. **29**(8): p. 884-90; discussion 891.

153. Caudill-Slosberg, M.A., L.M. Schwartz, and S. Woloshin, *Office visits and analgesic prescriptions for musculoskeletal pain in US: 1980 vs. 2000*. Pain, 2004. **109**(3): p. 514-9.
154. Guerriere, D.N., et al., *The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities?* Can J Anaesth, 2010. **57**(6): p. 549-58.
155. Williams, R.E., et al., *Prevalence of opioid dispensings and concurrent gastrointestinal medications in Quebec*. Pain Res Manag, 2008. **13**(5): p. 395-400.
156. Bouvy, M.L., H. Buurma, and T.C. Egberts, *Laxative prescribing in relation to opioid use and the influence of pharmacy-based intervention*. J Clin Pharm Ther, 2002. **27**(2): p. 107-10.
157. Jouini, G., et al., *Pharmacotherapeutic management of chronic noncancer pain in primary care: lessons for pharmacists*. J Pain Res, 2014. **7**: p. 163-73.
158. Ballantyne, J.C., *Opioids for chronic nonterminal pain*. South Med J, 2006. **99**(11): p. 1245-55.
159. Kanner, R.M. and K.M. Foley, *Patterns of narcotic drug use in a cancer pain clinic*. Ann N Y Acad Sci, 1981. **362**: p. 161-72.
160. Foley, K.M., *The management of pain of malignant origin*, in *Current Neurology*, H.R. Tyler and DM Dawson, Editor. 1979, Houghton-Mifflin: Boston, MA. p. 279-302.
161. Jensen, M.K., A.B. Thomsen, and J. Hojsted, *10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: opioid use, health related quality of life and health care utilization*. Eur J Pain, 2006. **10**(5): p. 423-33.
162. Angst, M.S. and J.D. Clark, *Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review*. Anesthesiology, 2006. **104**(3): p. 570-87.
163. Silverman, S.M., *Opioid induced hyperalgesia: clinical implications for the pain practitioner*. Pain Physician, 2009. **12**(3): p. 679-84.
164. Eisenberg, E., E. Suzan, and D. Pud, *Opioid-induced hyperalgesia (OIH): a real clinical problem or just an experimental phenomenon?* J Pain Symptom Manage, 2015. **49**(3): p. 632-6.

165. Ballantyne, J.C. and J. Mao, *Opioid therapy for chronic pain*. N Engl J Med, 2003. **349**(20): p. 1943-53.
166. Kalso, E., et al., *Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain*. Eur J Pain, 2003. **7**(5): p. 381-6.
167. Kalso, E., *Opioids for persistent non-cancer pain*. BMJ, 2005. **330**(7484): p. 156-7.
168. Wilkinson, L. and The Task Force on Statistical Inference, *Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations*. Am Psychol, 1999. **54**: p. 594-604.
169. Lincoln, L., et al., *Barriers and Facilitators to Chronic Non-cancer Pain Management in Primary Care: A Qualitative Analysis of Primary Care Providers' Experiences and Attitudes*. J Palliative Care Med, 2013.
170. Krebs, E.E., et al., *Barriers to guideline-concordant opioid management in primary care--a qualitative study*. J Pain, 2014. **15**(11): p. 1148-55.
171. Dobscha, S.K., et al., *Veterans affairs primary care clinicians' attitudes toward chronic pain and correlates of opioid prescribing rates*. Pain Med, 2008. **9**(5): p. 564-71.
172. Spitz, A., et al., *Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study*. BMC Geriatr, 2011. **11**: p. 35.
173. Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm: A new system for the 21st century*. 2001, Washington, DC: National Academy of Press.

ANNEXE I: Formulaire d'information et de consentement destiné aux participants

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DESTINÉ AU PARTICIPANT

**PROJET: MP-CHUM #08.078 REGISTRE QUÉBEC DOULEUR - Phase II**

Implantation d'un Registre au sein des cliniques de traitement de la douleur du Québec

Chercheur principal coordonnateur: Manon Choinière PhD

Co-chercheurs principaux: Mark Ware MD, MSc, Dominique Dion MD, MSc

Chercheur principal local: Manon Choinière PhD

Chercheurs collaborateurs: Aline Boulanger MD, MPH; Patricia Bourgault PhD; Christian Cloutier MD, MSc(c); Serge Marchand PhD; Yoram Shir MD

Organisme subventionnaire: Réseau québécois de recherche sur la douleur du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) en partenariat avec Pfizer Canada Inc., AstraZeneca Inc, et le Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation pour que les réponses que vous fournirez dans les questionnaires à compléter avant votre premier rendez-vous et lors du suivi à la Clinique de la douleur puissent être utilisées de façon anonyme à des fins de recherche et pour ce faire, nous avons besoin de votre consentement écrit. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

DESCRIPTION GÉNÉRALE ET BUTS DU REGISTRE

Les Cliniques de douleur des Centres hospitaliers de l'Université de Montréal et de Sherbrooke de même que celle du Centre universitaire de santé de McGill sont à implanter un Registre commun de tous les patients atteints de douleur chronique qui leur sont référés. Ce même Registre sera éventuellement étendu à d'autres cliniques de douleur à travers le Québec. Les objectifs de ce Registre sont de deux ordres: 1) Aux plans clinique et administratif, il s'agit de fournir à l'équipe soignante de la clinique un sommaire de la condition douloureuse de chaque nouveau patient avant son premier rendez-vous et lors des visites de suivi, lequel sommaire pourra faciliter le diagnostic, aider à établir le plan de traitement et permettre de suivre l'évolution clinique du patient. Le Registre permettra également d'établir des statistiques annuelles pour chacune des cliniques participantes et pour l'ensemble du réseau. Ces analyses permettront d'aider les équipes soignantes et les gestionnaires/décideurs des politiques de santé à mieux évaluer, planifier, et organiser les soins et services offerts au sein des cliniques de la douleur. 2) Au plan de la recherche, le Registre permettra de constituer une vaste base de données anonymes que des chercheurs cliniciens pourront interroger afin de répondre à des questions ou hypothèses importantes de recherche concernant différents aspects de la douleur chronique et de son traitement. Cette base de données réunit en effet une très grande quantité d'information utiles aux chercheurs incluant les caractéristiques démographiques des personnes inscrites dans le Registre (ex., âge, sexe, statut d'emploi, etc.), leurs habitudes de consommation (tabac, alcool, drogues), les caractéristiques des

douleurs ressenties (e.g. historique, durée, intensité, localisation, diagnostic, etc.), l'impact de ces dernières aux plans physique, émotionnel et social, les conséquences en termes d'utilisation des services de santé, les attitudes/croyances qu'ont les personnes face à la douleur et leurs attentes en termes de soulagement, le type et l'efficacité des traitements utilisés, leurs effets secondaires, et le degré de satisfaction en regard du soulagement obtenu.

On sait que des centaines de milliers de Québécois souffrent de problèmes de douleur chronique pour lesquels le traitement est souvent loin d'être optimal. La douleur chronique est reconnue comme un problème de santé majeur non seulement à cause de sa fréquence mais également à cause des effets extrêmement dévastateurs qu'elle peut avoir aux plans physique, émotionnel, social et économique. Davantage d'études et de recherches sont donc nécessaires afin d'élargir nos connaissances dans le domaine de la douleur chronique et d'améliorer la qualité des soins qui sont prodigués aux personnes qui en sont atteintes. Les données contenues dans le Registre des grandes cliniques de traitement de la douleur du Québec (et des cliniques qui s'y ajouteront plus tard) constituent donc une très belle opportunité pour effectuer des études sur les facteurs associés à la douleur chronique et les moyens d'améliorer son soulagement.

CONSENTEMENT À L'UTILISATION DES DONNÉES POUR LA RECHERCHE

Le but du présent formulaire est donc de permettre l'accès aux données contenues dans le Registre pour effectuer des projets de recherche sur la douleur chronique. Votre consentement implique que vous acceptiez que vos réponses aux questionnaires, qui seront contenues dans le Registre, soient transmises à des chercheurs. Vos réponses et celles des autres personnes seront utilisées de façon entièrement anonyme puisqu'un numéro de code sera assigné à chaque patient en remplacement de son nom (voir section «Confidentialité»). Les coordonnées personnelles (nom, adresse, numéro de téléphone) n'apparaîtront nulle part dans la base de données et ne seront pas transmises à ces chercheurs.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Vous ne courrez aucun risque ni inconfort en acceptant que vos données soient utilisées à des fins de recherche puisque aucune intervention n'est effectuée et vous n'avez qu'à signer ce formulaire de consentement.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct en acceptant que vos données soient utilisées à des fins de recherche. Toutefois, votre participation à ce projet contribuera à l'avancement des connaissances sur la problématique de la douleur chronique et de son traitement, et pourra aider à améliorer les soins et services qui seront offerts dans le futur à vous et à d'autres patients qui ont une condition similaire à la vôtre.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser que les données que vous aurez fournies dans le Registre soient utilisées à des fins de recherche. Si vous changez votre décision en cours de route, vous pourrez vous retirer du présent projet en tout temps sur simple avis verbal et sans avoir à préciser les motifs de votre décision. Quelle que soit votre décision, celle-ci n'influencera en rien la qualité des soins que vous êtes en droit de recevoir.

CONFIDENTIALITÉ

Pour protéger votre identité et celles des autres personnes inscrites dans le Registre, tous les questionnaires sont identifiés par un numéro de code qui est assigné en remplacement du nom de la personne. Les informations qui sont entrées dans la base de données du Registre seront identifiées par ce même numéro de code. Toutes les analyses et statistiques qui seront générées à partir de cette base de données se feront donc sous le couvert de l'anonymat le plus strict. Les documents révélant votre identité et tous les questionnaires que vous aurez complétés seront confidentiels et seront conservés pendant 25 ans à l'exception de vos coordonnées personnelles qui seront gardées pendant 90 ans. Ils seront gardés sous clé dans chacune des cliniques de douleur participantes sous la responsabilité de l'infirmière assignée au Registre (et son successeur éventuel), laquelle relève ultimement des Drs Manon Choinière, Mark Ware et Dominique Dion qui sont en charge de ce projet (et de leurs successeurs éventuels). Les seules personnes qui auront accès à ces documents seront l'infirmière assignée au Registre à qui vous parlerez et l'assistant de recherche qui entrera les données. Le seul autre endroit où votre nom apparaîtra sera sur la feuille sommaire du profil de votre condition douloureuse qui sera remise au médecin de la Clinique de la douleur et aux autres membres de l'équipe soignante lors de votre premier rendez-vous et lors de vos suivis. Aucun d'entre eux n'aura accès direct à la base électronique de données du Registre. Cette dernière, qui sera hautement sécurisée, sera la propriété des Drs Manon Choinière, Mark Ware et Dominique Dion, et sera conservée tant et aussi longtemps qu'elle sera jugée utile à des fins administratives ou de recherche. Toutes les analyses qui seront faites à des fins de recherche à partir de vos réponses et celles des autres personnes inscrites dans le Registre devront être approuvées par les propriétaires du Registre et le Comité d'éthique de la recherche en sera avisé. Les résultats de ces analyses pourront être publiés et diffusés mais aucune information permettant de vous reconnaître ne sera dévoilée.

PERSONNES À CONTACTER

Si vous avez des questions à poser au sujet du présent projet, vous pouvez contacter en tout temps:

Dr (inscrire le nom), MD, Chercheur:
(Nom de la clinique de douleur)
Tel: (inscrire le numéro)

Mme ou M. (inscrire le nom)
Infirmière assignée au Registre
Tel: (inscrire le numéro)

Pour tout renseignement concernant vos droits à titre de participant à un projet de recherche, vous pouvez contacter :

La Commissaire aux plaintes de nom du centre hospitalier où est affiliée la Clinique de la douleur
numéro (XXX) XXX-XXXX poste XXXX.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PROJET: MP-CHUM #08.078 REGISTRE QUÉBEC DOULEUR - Phase II

Implantation d'un Registre sein des cliniques de traitement de la douleur du Québec

Chercheur principal coordonnateur: Manon Choinière PhD

Co-chercheurs principaux: Mark Ware MD, MSc, Dominique Dion MD, MSc

Chercheur principal local: Manon Choinière PhD

Chercheurs collaborateurs: Aline Boulanger MD, MPH; Patricia Bourgault PhD; Christian Cloutier MD, MSc(c); Serge Marchand PhD; Yoram Shir MD

Organisme subventionnaire: Réseau québécois de recherche sur la douleur du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) en partenariat avec Pfizer Canada Inc., AstraZeneca Inc, et le Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec

Une copie du formulaire d'information et de consentement sera déposée dans mon dossier médical

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à ce que les réponses aux questionnaires que j'aurai fournies pour le Registre soient utilisées à des fins de recherche. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date (j/m/a)

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement lui sera remis

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date (j/m/a)

Je certifie que l'équipe de recherche respectera ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

**Nom et signature du chercheur responsable
du Registre Québec Douleur**

Date (j/m/a)

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu du CHUM a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

ANNEXE II : Questionnaire Patient (visite initiale)

| | | |
|---|---|------------------------------|
| IDENTIFICATION DU PATIENT ■ site # pt # | QUESTIONNAIRE PATIENT VISITE INITIALE | REGISTRE QUÉBEC DOULEUR 2 |
| DATE DE LA VISITE - - 20 Jour Mois (ex: JUN) Année | | |
| Pour usage administratif seulement | | |
| Complété: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, raison | |
| À signer son consentement | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, raison | |

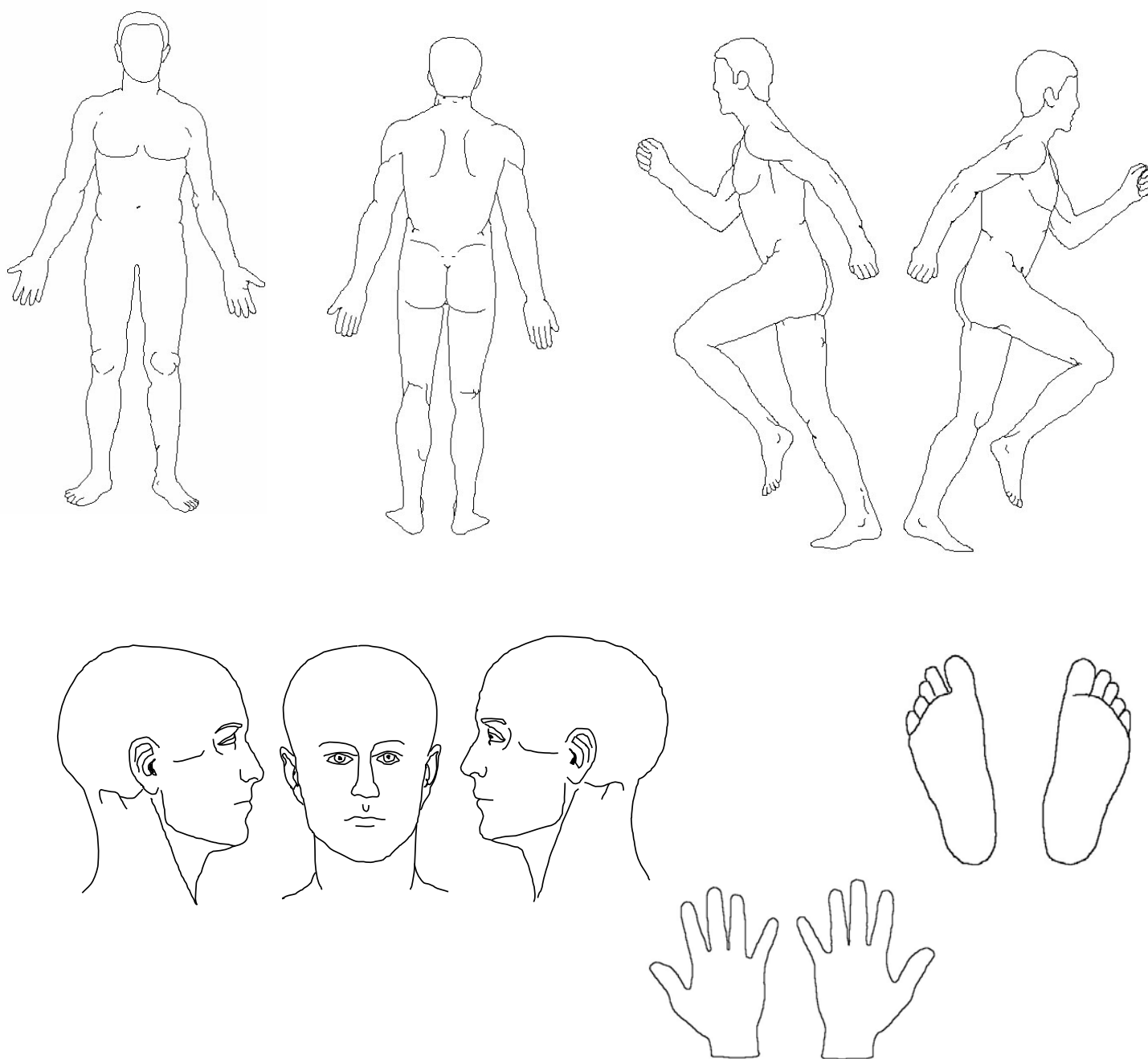
Vous trouverez dans ce document, une série de questions portant sur votre douleur. Cette information nous aidera à mieux comprendre votre douleur, l'impact qu'elle a sur votre vie, de même que vos besoins spécifiques.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses. Répondez aux questions au meilleur de votre connaissance.

- ✎ Vous devez compléter seul ce questionnaire. Néanmoins, si un problème physique limite votre capacité à écrire, un membre de votre famille ou un ami peut vous aider à écrire vos réponses aux questions, mais il/elle ne doit en aucun moment influencer vos choix.

Votre douleur

1. Sur les diagrammes ci-dessous, coloriez la (ou les) régions où vous ressentez de la douleur.
2. Par la suite, indiquez à l'aide d'une flèche l'endroit qui interfère le plus avec votre vie quotidienne (UN SEUL ENDROIT)



Veillez répondre aux questions suivantes en ne tenant compte que de l'endroit douloureux qui interfère le plus avec votre vie quotidienne

Veillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux :

1. La douleur que vous ressentez MAINTENANT

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aucune | | | | | | | | | | La pire douleur |
| douleur | | | | | | | | | | possible |

2. La douleur que vous avez ressentie EN MOYENNE OU EN GÉNÉRAL au cours des 7 derniers jours

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aucune | | | | | | | | | | La pire douleur |
| douleur | | | | | | | | | | possible |

3. LA PIRE douleur que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aucune | | | | | | | | | | La pire douleur |
| douleur | | | | | | | | | | possible |

***** Si vous n'avez pas ressenti de douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez indiquer «0» aux questions 1, 2, et 3.**

INVENTAIRE DE LA DOULEUR (BPI)

Veillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre (vos):

Si vous n'avez ressenti aucune douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez encercler « 0 » sur les échelles

A. Activité générale

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

B. Humeur

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

C. Capacité à marcher

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

D. Travail (inclus le travail à la maison et à l'extérieur)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

E. Relations avec les autres

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

F. Sommeil

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

INVENTAIRE DE LA DOULEUR (BPI) (SUITE)

G. Goût de vivre

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

H. Soins personnels

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

I. Activités récréatives

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

J. Activités sociales

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

SOMMEIL ET DOULEUR

Pour chacune des questions suivantes, choisissez le chiffre qui décrit le mieux à quelle fréquence la douleur a perturbé votre sommeil au cours des 4 dernières semaines

1. À quelle fréquence avez-vous eu de la difficulté à vous endormir à cause de la douleur?

[illegible]

2. À quelle fréquence avez-vous eu besoin de somnifère pour vous aider à vous endormir?

[illegible]

3. À quelle fréquence avez-vous été réveillé par votre douleur durant la nuit?

[illegible]

4. À quelle fréquence avez-vous été réveillé par votre douleur le matin?

[illegible]

5. Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux la qualité globale de votre sommeil

| | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Très mauvais | | | | | | | | | | |
| Excellent | | | | | | | | | | |

6. Aviez-vous des problèmes de sommeil avant l'apparition de votre douleur?

- ☐₀ Non
- ☐₁ Oui
- ☐₂ Je ne me souviens pas

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions quand vous avez de la douleur.

Quand j'ai de la douleur...

| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
|--|-------------|-------------|------------------|----------|---------------|
| 1. J'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je sens que je ne peux pas continuer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera pas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. J'ai peur que la douleur s'empire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Je ne peux m'empêcher d'y penser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Je ne fais que penser à quel point ça fait mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Je me demande si quelque chose de grave va se produire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

BDI 1

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement **tous les énoncés** pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le **mieux** la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **sept derniers jours, aujourd'hui compris**. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. **Veillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.**

- | | | |
|----------|---|---|
| 1 | 0 | Je ne me sens pas triste |
| | 1 | Je me sens triste |
| | 2 | Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir |
| | 3 | Je suis si triste que je ne peux le supporter |
| 2 | 0 | Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir |
| | 1 | Je me sens découragé(e) par l'avenir |
| | 2 | J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie |
| | 3 | J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer |
| 3 | 0 | Je ne me considère pas comme un(e) raté(e) |
| | 1 | J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels |
| | 2 | Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs |
| | 3 | J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie |

BDI 1 (suite)

- | | | |
|----------|---|--|
| 4 | 0 | Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant |
| | 1 | Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant |
| | 2 | Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit |
| | 3 | Tout me rend insatisfait ou m'ennuie |
| | | |
| 5 | 0 | Je ne me sens pas particulièrement coupable |
| | 1 | Je me sens coupable une bonne partie du temps |
| | 2 | Je me sens coupable la plupart du temps |
| | 3 | Je me sens continuellement coupable |
| | | |
| 6 | 0 | Je n'ai pas l'impression d'être puni(e) |
| | 1 | J'ai l'impression que je pourrais être puni(e) |
| | 2 | Je m'attends à être puni(e) |
| | 3 | J'ai l'impression d'être puni(e) |
| | | |
| 7 | 0 | Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi |
| | 1 | Je suis déçu(e) de moi |
| | 2 | Je suis dégoûté(e) de moi |
| | 3 | Je me haïs |

BDI 1 (suite)

- 8**
- 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
 - 1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
 - 2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
 - 3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
- 9**
- 0 Je ne pense aucunement à me suicider
 - 1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
 - 2 J'aimerais me suicider
 - 3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
- 10**
- 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
 - 1 Je pleure plus qu'avant
 - 2 Je pleure continuellement maintenant
 - 3 Avant je pouvais pleurer, mais maintenant j'en suis incapable
- 11**
- 0 Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant
 - 1 Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement qu'auparavant
 - 2 Je suis continuellement irrité(e)
 - 3 Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant

BDI 1 (suite)

- 12**
- 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
 - 1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
 - 2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
 - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens
- 13**
- 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
 - 1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant
 - 2 J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
 - 3 Je ne peux plus prendre de décisions
- 14**
- 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
 - 1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e)
 - 2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e)
 - 3 J'ai l'impression d'être laid(e)
- 15**
- 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant
 - 1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 - 2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 - 3 Je ne peux faire aucun travail

BDI 1 (suite)

- 16**
- 0 Je dors aussi bien que d'habitude
- 1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant
- 2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
- 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
- 17**
- 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé
- 1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
- 2 Je me fatigue pour un rien
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit
- 18**
- 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il l'était
- 2 Mon appétit a beaucoup diminué
- 3 Je n'ai plus d'appétit du tout
- 19**
- 0 Je n'ai pas perdu de poids dernièrement
- 1 J'ai perdu plus de 5 livres
- 2 J'ai perdu plus de 10 livres
- 3 J'ai perdu plus de 15 livres

Je suis présentement un régime Oui _____ Non _____

BDI 1 (suite)

- 20**
- | | |
|---|---|
| 0 | Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude |
| 1 | Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation |
| 2 | Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose |
| 3 | Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose |
- 21**
- | | |
|---|---|
| 0 | Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe |
| 1 | J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant |
| 2 | J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels |
| 3 | J'ai perdu tout désir sexuel |

HUMEUR

1) Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) en colère au cours des 7 dernier jours?

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Pas du tout | | | | | | | | | | Extrêmement |

ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE SF-12v2

Votre Santé et Votre Bien-Être

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités courantes.

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case ☐ correspondant le mieux à votre réponse.

1. En général, diriez-vous que votre santé est:

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Excellente | Très bonne | Bonne | Passable | Mauvaise |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

2. Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle mesure?

| | | |
|---|--|---|
| Mon état de santé me limite beaucoup | Mon état de santé me limite un peu | Mon état de santé ne me limite pas du tout |
| ▼ | ▼ | ▼ |

a) Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf..... ☐₁ ☐₂ ☐₃

b) Pour monter plusieurs étages à pied ☐₁ ☐₂ ☐₃

3. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique?

| | | | | |
|------------------|----------|---------|---------------|--------|
| <i>La</i> | | | | |
| <i>plupart</i> | | | | |
| Tout le temps | du temps | Parfois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

a) Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

b) Avez-vous été limité(e) dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

4. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux(se))?

| | | | | |
|------------------|----------|---------|---------------|--------|
| <i>La</i> | | | | |
| <i>plupart</i> | | | | |
| Tout le temps | du temps | Parfois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

a) Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

b) Avez-vous fait votre travail ou vos autres activités avec moins de soin qu'à l'habitude? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

5. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

| Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Énormément |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

6. Ces questions portent sur les quatre dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e). Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois:

| Tout le temps | La plupart du temps | Parfois | Rarement | Jamais |
|---------------|---------------------|---------|----------|--------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

- a) Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)?.....☐₁.....☐₂.....☐₃.....☐₄.....☐₅
- b) Avez-vous eu beaucoup d'énergie?☐₁.....☐₂.....☐₃.....☐₄.....☐₅
- c) Vous êtes-vous senti(e) triste et démoralisé(e)?.....☐₁.....☐₂.....☐₃.....☐₄.....☐₅

7. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)?

| Tout le temps | La plupart du temps | Parfois | Rarement | Jamais |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

ATTENTES

Avec les traitements que vous allez recevoir à la Clinique de la douleur, vous attendez-vous à ce que, dans six mois d'ici,

1. Votre douleur se soit :

- ☐₀ Considérablement détériorée
- ☐₁ Beaucoup détériorée
- ☐₂ Un peu détériorée
- ☐₃ Inchangée
- ☐₄ Un peu améliorée
- ☐₅ Beaucoup améliorée
- ☐₆ Considérablement améliorée

2. Votre fonctionnement se soit:

- ☐₀ Considérablement détérioré
- ☐₁ Beaucoup détérioré
- ☐₂ Un peu détérioré
- ☐₃ Inchangé
- ☐₄ Un peu amélioré
- ☐₅ Beaucoup amélioré
- ☐₆ Considérablement amélioré

Avec les traitements que vous allez recevoir à la Clinique de la douleur, vous attendez-vous à ce que, dans six mois d'ici,

3. Votre qualité de vie se soit :

- ☐0 Considérablement détériorée
- ☐1 Beaucoup détériorée
- ☐2 Un peu détériorée
- ☐3 Inchangée
- ☐4 Un peu améliorée
- ☐5 Beaucoup améliorée
- ☐6 Considérablement améliorée



4. Avec les traitements que vous allez recevoir à la Clinique de douleur, quel pourcentage de soulagement vous attendez-vous d'avoir dans six mois d'ici?

[illegible]

HABITUDES DE CONSOMMATION

CIGARETTES

1. Quel énoncé décrit le mieux vos habitudes par rapport à la cigarette?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ Je n'ai jamais fumé |
| <input type="checkbox"/> ₁ J'ai déjà fumé mais je ne fume plus: <div style="text-align: right;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>1a. nombre de cigarettes par jour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>1b. Nombre d'années <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div> |
| <input type="checkbox"/> ₂ Je suis un fumeur : <div style="text-align: right;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>2a. nombre de cigarettes par jour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div><div>2b. Nombre d'années <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div></div> |

ALCOOL

Les questions suivantes portent sur votre consommation d'alcool. Lorsqu'on parle de "boisson alcoolisée" ou d'un "verre", on entend : « Une bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût ; ou un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin (« cooler ») ; ou un verre ou un cocktail contenant 1½ once de spiritueux. »

1. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ Jamais | <input type="checkbox"/> ₄ Une fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> ₅ 2 à 3 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₂ Une fois par mois | <input type="checkbox"/> ₆ 4 à 6 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₃ 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> ₇ Tous les jours |

2. Habituellement, combien de verres buvez-vous, en moyenne par semaine?

ou par mois?

| 3. À n'importe quel moment au cours de votre vie: | Non | Oui |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| b) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| c) Avez-vous déjà éprouvé de la gêne ou de la culpabilité parce que vous consommiez de l'alcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| d) Avez-vous déjà senti le besoin de prendre de l'alcool pour vous éveiller le matin? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

DROGUES

1. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pris l'une ou l'autre des substances suivantes?

| | Jamais | Moins d'une fois par mois | 1 à 3 fois par mois | Une fois par semaine | Plus d'une fois par semaine | Chaque jour |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Marijuana, cannabis ou hashish | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Cocaïne ou crack | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Héroïne | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Ecstasy | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Autres: <i>LSD, Mescaline, PCP, Acide...</i> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| 2. À n'importe quel moment au cours de votre vie: | Non | Oui |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de drogue? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| b) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de drogue? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| c) Avez-vous déjà éprouvé de la gêne ou de la culpabilité parce que vous consommiez de la drogue? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| d) Avez-vous déjà senti le besoin de prendre de la drogue pour vous éveiller le matin? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

INFORMATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

| | | |
|---|---|---|
| 1. DATE DE NAISSANCE : | <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> Jour mois (ex. : JUN) année </div> | 2. Sexe <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>₁ Femme <input type="checkbox"/>₂ Homme </div> |
| 3. ETHNICITÉ : (Cochez la ou les cases appropriées) | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Blanc (personne ayant des ancêtres Originaires d'Europe, Afrique du Nord ou Moyen Orient) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Hispanique (Mexicain, Porto Ricain, Cubain, Amérique centrale ou du Sud) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Noir (personne ayant des ancêtres originaires d'Afrique ou d'ethnicité noire) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Asiatique (personne ayant des ancêtres originaires d'Orient, d'Asie, d'Inde, Iles du Pacifique, c.-à-d., Chine, Japon, Philippines, Corée, Samoa, etc.) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Amérindien (personne ayant des ancêtres originaires d'un groupe ou tribu des premières nations d'Amérique du Nord) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Autres : (spécifiez) _____ </div> </div> | |
| 4. LANGUES Quelle est votre langue première? | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₁ Français <input type="checkbox"/>₂ Anglais <input type="checkbox"/>₃ Espagnol <input type="checkbox"/>₄ Italien <input type="checkbox"/>₅ Portugais </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₆ Allemand <input type="checkbox"/>₇ Arabe <input type="checkbox"/>₈ Chinois <input type="checkbox"/>₉ Japonais <input type="checkbox"/>₁₀ Vietnamien <input type="checkbox"/>₁₁ Autres : spécifiez _____ </div> </div> | |
| 5. SCOLARITÉ (Cochez le plus haut niveau de scolarité complété) | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₀ Aucune <input type="checkbox"/>₁ Primaire <input type="checkbox"/>₂ Secondaire </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₃ École technique ou CEGEP <input type="checkbox"/>₄ Universitaire </div> </div> | |

| | | |
|---|--|---|
| 6. CONDITION DE VIE ACTUELLE Avec qui habitez-vous ? (cochez la ou les cases appropriées) | <input type="checkbox"/> Seul (e) <input type="checkbox"/> Conjoint (e) <input type="checkbox"/> Enfant (s) <input type="checkbox"/> Petits-enfants | <input type="checkbox"/> Parent (s) <input type="checkbox"/> Frère, sœur etc. <input type="checkbox"/> Colocataire (s) <input type="checkbox"/> Pas de condition de vie stable |
| 7. STATUT CIVIL | <input type="checkbox"/> ₁ Célibataire <input type="checkbox"/> ₂ Marié(e) ou union libre <input type="checkbox"/> ₃ Séparé(e) ou divorcé(e) <input type="checkbox"/> ₄ Veuf (ve) | |
| 8. TRAVAIL Quelle est votre statut d'emploi <u>actuel</u> ? (cochez la ou les cases appropriées) | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₁ Travail à temps complet <input type="checkbox"/>₂ Travail à temps partiel <input type="checkbox"/>₃ À la maison <input type="checkbox"/>₄ Étudiant(e) <input type="checkbox"/>₅ Retraité(e) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₆ Invalidité temporaire <input type="checkbox"/>₇ Invalidité permanente <input type="checkbox"/>₈ Sans emploi <input type="checkbox"/>₉ Mise à pied <input type="checkbox"/>₁₀ Bénévole <input type="checkbox"/>₁₁ Autre. <i>Spécifiez:</i> _____ </div> </div> | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 9. REVENU FAMILIAL <i>(A noter que toutes les informations recueillies dans ce questionnaire demeureront strictement confidentielles et seront traitées sur une base anonyme)</i> | Quelle catégorie représente le mieux votre revenu familial annuel avant les déductions ? | <input type="checkbox"/> ₀ Moins de 20 000\$ <input type="checkbox"/> ₁ 20 000 – 34 999\$ <input type="checkbox"/> ₂ 35 000 – 49 999\$ <input type="checkbox"/> ₃ 50 000 – 64 999\$ <input type="checkbox"/> ₄ 65 000 – 79 999\$ | <input type="checkbox"/> ₅ 80 000 – 99 999\$ <input type="checkbox"/> ₆ 100 000 – 119 999\$ <input type="checkbox"/> ₇ 120 000\$ et plus <input type="checkbox"/> ₈ Je ne désire pas répondre |
|---|--|---|--|

PRINCIPALE SOURCE DE REVENU

1. Veuillez indiquer votre principale source de revenu. (*Sélectionnez un choix seulement*)

- ☐₁ Revenu d'un emploi ou salaire
- ☐₂ Prestations d'invalidité de la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au travail)
- ☐₃ Prestations d'invalidité de la SAAQ (Société d'assurance-automobile du Québec)
- ☐₄ Prestations d'invalidité de l'IVAQ (Indemnisation des victimes d'actes criminels).
- ☐₅ Prestations d'invalidité de l'employeur.
- ☐₆ Prestations d'invalidité d'un programme d'assurance personnelle
- ☐₇ Pension de retraite (pension de retraite, sécurité de la vieillesse ou RRQ)
- ☐₈ Prestation d'invalidité du régime de pension du Canada
- ☐₉ Assurance-emploi
- ☐₁₀ Assistance sociale
- ☐₁₁ Économies personnelles ou investissements
- ☐₁₂ Revenu assuré pour handicap sévère
- ☐₁₃ Membre de la famille
- ☐₁₄ Autre. *Spécifiez:* _____

2. Recevez-vous, actuellement, des prestations d'invalidité de

| | | |
|--|---|---|
| De la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De la SAAQ (Société d'Assurances automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'employeur | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| D'un programme d'assurance personnelle | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

3. Y a-t-il des démarches en cours pour obtenir des prestations d'invalidité

| | | |
|--|---|---|
| De la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De la SAAQ (Société d'Assurances automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'employeur | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| D'un programme d'assurance personnelle | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

3.1 Si oui, y a-t-il un litige en cours en lien avec cette réclamation ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ non applicable

Merci beaucoup d'avoir complété ce questionnaire.

*****Veuillez vous assurer que vous avez bel et bien répondu à toutes les questions.**

Il est très IMPORTANT pour nous qu'il n'y ait pas de données manquantes au moment des analyses.

Si certaines réponses sont manquantes, nous serons dans l'obligation de vous rappeler.

ANNEXE III : Questionnaire infirmière (visite initiale)

| | | |
|--|---|---|
| IDENTIFICATION DU PATIENT site # pt # | QUESTIONNAIRE INFIRMIÈRE VISITE INITIALE À COMPLÉTER AVEC LE PATIENT | REGISTRE QUÉBEC DOULEUR 2 |
| DATE DE LA VISITE <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 24px; margin-right: 10px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 24px; margin-right: 10px;">20</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Jour Mois (ex: JUN) Année </div> | | |
| Pour usage administratif seulement | | |
| Complété: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si _____ non, _____ raison _____ |
| Inscrit sur autre numéro d'identification dans le Registre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, inscrire ce numéro d'identification : <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;">-</div> |

INFORMATIONS administratives

1. Date de référence:

-

20

 ou ☐_0 Date manquante

Jour
Mois (ex: JUN)
Année

2. Spécialiste qui a référé le patient:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> _0 Donnée manquante | |
| <input type="checkbox"/> _1 Médecin de famille | <input type="checkbox"/> _8 Rhumatologue |
| <input type="checkbox"/> _2 Anesthésiste | <input type="checkbox"/> _9 Endocrinologue |
| <input type="checkbox"/> _3 Neurologue | <input type="checkbox"/> _10 Plasticien |
| <input type="checkbox"/> _4 Neurochirurgien | <input type="checkbox"/> _11 Chirurgien, spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> _5 Orthopédiste | <input type="checkbox"/> _12 Dentiste |
| <input type="checkbox"/> _6 Spécialiste en physiothérapie et réhabilitation | <input type="checkbox"/> _13 Autre, spécifiez _____ |
| <input type="checkbox"/> _7 Psychiatre | <input type="checkbox"/> _14 Autre, spécifiez _____ |

3. Motif de la demande de consultation:

☐_1 Consultation générale
 ☐_2 Intervention seulement
 ☐_0 Information manquante

4. Diagnostic inscrit sur la demande de consultation (à partir de la fiche de référence des diagnostics):

| Code général du diagnostic (chiffres) | Code spécifique du diagnostic si indiqué au dossier (chiffres) | Code de l'étiologie si indiqué au dossier (chiffre et lettre) |
|--|--|--|
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : _____ | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : _____ | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : _____ | <input type="text"/> . <input type="text"/> |

5. Examens diagnostics

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₀ Aucun | <input type="checkbox"/> ₃ Résonnance magnétique (IRM) | <input type="checkbox"/> ₆ Échographie |
| <input type="checkbox"/> ₁ Radiographie | <input type="checkbox"/> ₄ EMG | <input type="checkbox"/> ₇ Autre |
| <input type="checkbox"/> ₂ CT-Scan | <input type="checkbox"/> ₅ Scintigraphie osseuse | Spécifiez : _____ |

coordonnées DU MÉDECIN référant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____ Téléphone : (_____) _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

coordonnées DU MÉDECIN de famille

☐₁ Idem au médecin référant ☐₂ Pas de médecin de famille

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____ Téléphone : (_____) _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

caractéristiques de la douleur

1. Depuis combien de temps ressentez-vous votre douleur?

jours ou mois ou années

2. Comment décrivez-vous la fréquence de votre douleur au cours des 7 derniers jours?

☐₁ Présente continuellement

☐₂ Présente occasionnellement:



Pendant combien de jours avez-vous ressenti de la douleur au cours des 7 derniers jours?

jours

☐₃ Aucune douleur :



Si vous n'avez pas ressenti de douleur au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous avez

ressenti de la douleur au cours du dernier mois? jours

3. Indiquez les circonstances entourant l'apparition de votre douleur

(Cochez la ou les cases qui représentent le mieux votre situation)

☐₁ Accident de travail

☐₂ Accident avec véhicule motorisé

☐₃ Accident à la maison

☐₄ Accident de sport

☐₅ Accident sur un lieu public

☐₆ Durant ou à la suite d'un cancer

☐₇ Durant ou à la suite d'une maladie (autre que le cancer) *Spécifiez:*

☐₈ À la suite d'une chirurgie. *Spécifiez:* _____

☐₉ Mouvement /trauma répétitifs

☐₁₀ Événement stressant

☐₁₁ Aucun événement précis

☐₁₂ Autre raison ou événement. *Spécifiez:* _____

Questionnaire DN4

S.V.P. répondre aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item. Si le patient souffre de douleur à plus d'un endroit, lui demander de tenir compte de l'endroit où la douleur interfère le plus avec sa vie quotidienne quand il répond aux questions suivantes :

Question 1 : Votre douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

| | non | oui |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1- Brûlure | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2- Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 3- Décharges électriques | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

| | non | oui |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4- Fourmillements | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 5- Picotements | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 6- Démangeaisons | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 7- Engourdissements | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

*****SI LE PATIENT A RÉPONDU NON À TOUS LES SYMPTÔMES DE LA QUESTION 1 ET 2, LE MÉDECIN N'A PAS À FAIRE L'EXAMEN DU PATIENT, DONC NON APPLICABLE**

EXAMEN DU PATIENT (Voir techniques)

NON APPLICABLE ☐

Question 3 :

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence l'une des caractéristiques suivantes? :

| | non | oui |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 8- L'hypoesthésie au tact | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 9- L'hypoesthésie à la piqure | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

| | non | oui |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|
| 10- Le frottement | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

Veillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous utilisez actuellement pour soulager votre douleur et ceux que vous avez déjà essayés dans le passé

| Traitements | Jamais utilisé | Utilisé actuellement | | | Utilisé dans le passé | | | Ne sait pas |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | |
| Interventions | | | | | | | | |
| 1. Injection (bloc ou autres techniques): <i>Si utilisée, spécifiez le type :</i> | <input type="checkbox"/> ₁ | | | | | | | |
| a) Péridurale | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| b) Bloc facettaire | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| c) Bloc caudal | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| d) Autre, spécifier _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| e) Type d'injection inconnu du patient | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| | | | | | | | | |
| 2. Implant d'une pompe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| | | | | | | | | |
| 3. Implant d'un neurostimulateur | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| | | | | | | | | |
| 4. Chirurgie <i>Si utilisée, spécifiez le type de chirurgie:</i> | <input type="checkbox"/> ₁ | | | | | | | |
| a) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| b) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| c) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| d) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| e) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| f) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| g) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| h) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| | | | | | | | | |
| Traitements | Jamais utilisé | Utilisé actuellement | | | Utilisé dans le passé | | | Ne sait pas |

| Techniques psychologiques | | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Technique de relaxation/respiration | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 2. Méditation | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 3. Hypnose | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 4. Imagerie mentale | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 5. Techniques de distraction | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 6. Psychothérapie individuelle | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 7. Psychothérapie de groupe | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Groupe de support (patients uniquement) | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Autre, spécifiez, _____ | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Traitements physiques | | | | | | | | |
| Exercices de physiothérapie | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 2. Ergothérapie | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Hydrothérapie/ aquathérapie / bain | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| 4. Électrostimulation (TENS) | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Stimulation intramusculaire (aiguille sèche) | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Ultrasons | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Biofeedback | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Acupuncture | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Massothérapie / Massage | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Chiropraxie | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Ostéopathie | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Toucher thérapeutique | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Réflexologie | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Reiki | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Thérapie magnétique | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Autre, spécifiez, _____ | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Autres types de traitements contre la douleur | | | | | | | | |
| Spécifiez: _____ | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |
| Spécifiez: _____ | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 | <input type="checkbox"/> _3 | <input type="checkbox"/> _4 | <input type="checkbox"/> _5 | <input type="checkbox"/> _6 | <input type="checkbox"/> _7 | <input type="checkbox"/> _8 |

MEDICATION ACTUELLE CONTRE LA DOULEUR

1. Détailler tous les médicaments utilisés en ce moment pour soulager la douleur

Ne pas inscrire les analgésiques utilisés à l'occasion seulement, comme par exemple : advil, 2 fois par mois

☐_0 Aucun médicament, cannabis, marijuana, haschich ou produit naturel utilisé pour soulager la douleur

| Analgésiques | Posologie | Unités | Fréquence (Ne pas écrire PRN, demandez au patient la fréquence d'utilisation réelle) | Date de début Ex.:jun-2008 | Non efficace | Efficace | Ne sait pas |
|---------------------|------------|--|---|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Ex : Tylenol | 650 | <input checked="" type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input checked="" type="checkbox"/> _4 Autre, 6 fois par: <input checked="" type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> _sem <input type="checkbox"/> _mois | JUN-2008 | <input type="checkbox"/> _0 | <input checked="" type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> _sem <input type="checkbox"/> _mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> _sem <input type="checkbox"/> _mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> _sem <input type="checkbox"/> _mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> _sem <input type="checkbox"/> _mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> _sem <input type="checkbox"/> _mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |

MEDICATION ACTUELLE CONTRE LA DOULEUR (suite)

| | Posologie | Unités | Fréquence (Ne pas écrire PRN, demandez au patient la fréquence d'utilisation réelle) | Date de début Ex.:jun-2008 | Non efficace | Efficace | Ne sait pas |
|---|--|---|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Marijuana, cannabis ou haschich utilisé pour soulager la douleur | Vous pouvez inscrire ND (non disponible) si le nombre de mg, mcg ou ui est inconnu | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Produits naturels contre la douleur (Homéopathie, médecine chinoise ou autres) | Vous pouvez inscrire ND (non disponible) si le nombre de mg, mcg ou ui est inconnu | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

**2. Ressentez-vous l'un ou l'autre des effets secondaires suivants à CAUSE
DE VOTRE TRAITEMENT ACTUEL (analgésiques ou autre) CONTRE LA DOULEUR?**

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 2.1. Vertige / étourdissement? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.2. Somnolence ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.3. Confusion ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.4. Nausée ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.5. Vomissement? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.6. Perte de mémoire ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.7. Bouche sèche ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.8. Démangeaison ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.9. Inconfort abdominal ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.10. Constipation ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.11. Ralentissement du débit urinaire ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.12. Fatigue ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.13. Insomnie ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.14. Enflure ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.15. Gain de poids ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.16. Vision brouillée ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.17. Baisse de libido? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.18. Hallucinations? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.19. Cauchemars? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.20. Autres : (spécifiez) _____ | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.21. Autres : (spécifiez) _____ | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |

3. S.V.P. détailler tous les autres médicaments utilisés en ce moment
☐ ₀ Aucun autre médicament utilisé en ce moment

| |
|--|
| Autres médicaments (inscrire le nom seulement) |
| <i>Poser question pour Anticoagulothérapie</i> |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Produits naturels <i>autre que pour douleur</i> (inscrire le nom seulement) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

4. Allergie aux médicamentsNon ☐ ₀Oui ☐ ₁ précisez, _____**5. Intolérance aux médicaments**Non ☐ ₀Oui ☐ ₁ précisez, _____

ANALGESIQUES UTILISÉS DANS LA DERNIÈRE ANNÉE

1. Avez-vous utilisé des médicaments pour la douleur, au cours de la dernière année, qui par la suite ont été cessés?

Non ☐₀, Si non, allez à la section des visites chez un professionnel de la santé, p.15

Oui ☐₁, Si oui, spécifiez quelle médication ainsi que la ou les raisons pour lesquelles l'utilisation a été cessée.

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés | | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés à cause de : | | | | |
|---|----------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 2. AINS/COXIBS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Non sélectif | ex :Advil, Motrin... | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Inhibiteurs Cox-2 | Celebrex | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. ACÉTAMINOPHÈNE (tylenol, atasol) | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. ANTICONVULSIVANTS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Gabapentine | Neurontin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Pregabaline | Lyrica | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Lamotrigine | Lamictal | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Clonazepam | Rivotril | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Carbamazepine | Tegretol | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Levetiracetam | Keppra | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| g) Oxcarbamazepine | Trileptal | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| h) Phénytoïne | Dilantin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| i) Topiramate | Topamax | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| j) Acide valproïque | Depakene | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| k) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés | | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés à cause de : | | | | |
|--|------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 5. ANTIDÉPRESSEURS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Amitriptyline | Elavil | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Desipramine | Norpramin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Doxepin | Sinequan | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Imipramine | Tofranil | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Nortriptyline | Aventyl | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Bupropion | Wellbutrin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| g) Citalopram | Celexa | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| h) Fluoxetine | Prozac | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| i) Fluvoxamine | Luvox | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| j) Mirtazapine | Remeron | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| k) Paroxetine | Paxil | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| l) Sertraline | Zoloft | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| m) Trazodone | Desyrel | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| n) Venlafaxine | Effexor | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| o) Duloxétine | Cymbalta | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| p) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. RELAXANTS MUSCULAIRES si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Baclofen | Lioresal | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Cyclobenzaprine | Flexeril | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Methocarbamol | Robaxin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Orphenadrine | Norflex | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Tizanidine | Zanaflex | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. CANNABINOÏDES SYNTHÉTIQUES si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Nabilone | Cesamet | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Dronabinol | Marinol | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés | | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés à cause de : | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 8. CANNABINOÏDES NATURELS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Sativex | | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Marijuana | | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. HORS CATÉGORIE | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Tramadol | <i>Tramacet à libération immédiate</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Tramadol | <i>Tramacet à libération prolongée</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Clonidine | <i>Catapres</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Mexilitine | <i>Mexetil</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Flécaïnide | <i>Tambocorl</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 10. OPIOÏDES à libération immédiate Si utilisé, spécifiez : | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Codeine | 222, 282/292 <i>Emtec 30</i> <i>Exdol 8,15,3;</i> <i>Triatec 8,30</i> <i>Atasol 8,15,30</i> <i>Tylenol 1,2,3</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Morphine | <i>M.O.S.</i> <i>MS IR</i> <i>Statex</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Oxycodone | <i>Oxy IR Oxycocet</i> <i>Supeudol</i> <i>Percocet Endocet</i> <i>Percodan</i> <i>Endodan</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d)Hydromorphoe | <i>Dilaudid</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Méthadone | <i>Metadol</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Mépéridine | <i>Démérol</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 11. OPIOIDES à libération prolongée si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Codeine | <i>Codeine Contin</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Morphine | <i>MsContin,</i> <i>M-Eslon</i> <i>Oramorph SR</i> <i>M.O.S. SR Kadian</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés | | | Utilisés au cours de la dernière année mais cessés à cause de : | | | | |
|---|--|--|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 11. OPIOÏDES à libération prolongée si utilisé, spécifiez: | | | | | | | | | |
| c) Oxycodone | <i>OxyContin</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Hydromorphone | <i>Hydromorph Contin</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) Fentanyl | <i>Duragesic Ratio-fentanyl Ram-fentanyl</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS NMDA si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | | | | | |
| a) Kétamine | <i>Ketalar</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Dextrometorphan | <i>(sirop contre la toux avec DM)</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. AGENTS TOPIQUES si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | | | | | |
| a) Capsaïcine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) EMLA | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Lidocaïne | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Amytriptiline | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) Clodinine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Ketamine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g) NSAIDS | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h) Diltiazem 2% | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| i) Nitroglycérine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| j) Morphine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| k) Doxépine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| l) Autres (spécifier) | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. AUTRES PRODUITS UTILISÉS POUR CONTRER LA DOULEUR si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | | | | | |
| a) Herbes/ Produits naturels | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Produits homéopathiques | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Autre, spécifiez | _____ | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Autre, spécifiez | _____ | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

VISITES CHEZ UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Depuis l'apparition de votre douleur, avez-vous consulté un ou plusieurs de ces professionnels de la santé pour votre douleur ?

| | Non | Oui |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Anesthésiste | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 2. Neurologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 3. Neurochirurgien | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 4. Orthopédiste | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5. Spécialiste en physiatrie et réhabilitation | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 6. Psychiatre | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 7. Rhumatologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 8. Omnipraticien (médecin de famille) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 9. Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 10. Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 11. Psychologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 12. Infirmière | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 13. Travailleur social | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 14. Acupuncteur | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 15. Chiropraticien | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 16. Massothérapeute | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 17. Ostéopathe | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 18. Kinésiothérapeute | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 19. Naturopathe | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 20. Homéopathe | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 21. Radiologiste (pour intervention, par ex. infiltration) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 22. Gynécologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 23. Dentiste | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 24. Clinique de douleur (autre que celle-ci) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 25. Autre concernant la douleur. <i>Spécifiez</i> _____ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

HISTOIRE MÉDICALE

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous un des problèmes de santé suivants? (autre que le problème de douleur)

| | Non | Oui | Précisions |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Diabète <input type="checkbox"/> type 1 ou <input type="checkbox"/> type 2 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 2. HTA (hypertension) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 3. Dyslipidémie (hypercholestérolémie) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 4. Angine/ Infarctus | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 5. Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 6. AVC (Accident vasculaire cérébral) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 7. Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 8. MPOC | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 9. Asthme | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 10. Troubles anxieux | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 11. Troubles dépressifs | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ A nécessité médication <input type="checkbox"/> ₂ A nécessité hospitalisation |
| 12. Colon irritable | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 13. Céphalée chronique/Migraine | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 14. Syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil (Restless Leg Syndrome) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 15. Dysménorrhée | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 16. Cystite interstitielle | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 17. Bruxisme (grincement ou serrement des dents durant le sommeil) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 18. Ronflement chronique | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 19. Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 20. Arthrite rhumatoïde/Ostéoarthrite (arthrose) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 21. Douleur articulation temporo-mandibulaire | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 22. Autres, spécifiez _____ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 23. Autres, spécifiez _____ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |

HISTOIRE MÉDICALE (suite)

24) Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous rendu à l'urgence à cause de votre douleur?

☐₀ Non

☐₁ Oui, combien de fois :

25) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été hospitalisé à cause de votre douleur ?

☐₀ Non

☐₁ Oui, combien de fois : nombre total de jours :

MOBILITÉ

26) Devez-vous utiliser un appareil pour vous déplacer lorsque vous êtes à la maison?

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ | Aucun besoin d'appareil pour me déplacer |
| <input type="checkbox"/> ₁ | Canne |
| <input type="checkbox"/> ₂ | Marchette |
| <input type="checkbox"/> ₃ | Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> ₄ | Autre, spécifiez : _____ |

27) Devez-vous utiliser un appareil pour vous déplacer à l'extérieur de la maison? (rendez-vous par ex.)

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ | Aucun besoin d'appareil pour me déplacer |
| <input type="checkbox"/> ₁ | Canne |
| <input type="checkbox"/> ₂ | Marchette |
| <input type="checkbox"/> ₃ | Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> ₄ | Autre, spécifiez : _____ |

28) L'appareil que vous utilisez est-il relié à la douleur qui vous amène à consulter la Clinique de douleur?

☐₀ Non

☐₁ Oui

☐₂ Non applicable

HISTOIRE FAMILIALE

Y a-t-il quelqu'un dans la famille qui souffre de douleur chronique ou qui a déjà souffert de douleur chronique dans le passé?

| | Ne sait pas | Non | Oui | Préciser le type de douleur chronique en choisissant un chiffre dans la grille ci-dessous <i>Si autre, spécifiez</i> |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Père | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 2. Mère | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |
| 3. Frères ou sœurs | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | |

| Grille d'identification des problèmes de douleur | |
|---|----|
| fibromyalgie | 1 |
| maux de tête ou migraines | 2 |
| douleur cervicale chronique | 3 |
| douleur lombaire chronique | 4 |
| douleur neuropathique périphérique | 5 |
| syndrome du colon irritable | 6 |
| cystite interstitielle | 7 |
| arthrite rhumatoïde | 8 |
| ostéoarthrite (arthrose) | 9 |
| douleur articulation temporo-mandibulaire | 10 |
| Autre: spécifiez dans le tableau ci-dessus | |

DIAGNOSTIC ÉTABLI PAR LE MÉDECIN DE LA CLINIQUE DE LA DOULEUR

1. Veuillez inscrire, le ou les diagnostics établis par le médecin de la clinique de la douleur, en inscrivant le ou les numéros de code correspondant à partir de la *fiche de référence des diagnostics*.

| Code général du diagnostic (chiffre) | Code spécifique du diagnostic <i>si indiqué au dossier</i> (chiffres) | Codes de l'étiologie <i>si indiqué au dossier</i> (chiffre et lettre) |
|---|---|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Questionnaire complété par :

Nom de l'infirmière du registre

Signature

jour

mois (JUN)

année


--20

ANNEXE IV : Questionnaire Patient (suivi à 6 et 12 mois)

| | | |
|---|---|------------------------------|
| IDENTIFICATION DU PATIENT ■ site # pt # | QUESTIONNAIRE PATIENT VISITE DE SUIVI | REGISTRE QUEBEC DOULEUR 2 |
| DATE DU SUIVI - - 20 Jour Mois (ex: JUN) Année | 6 MOIS (OBLIGATOIRE) 12 MOIS (SI SUIVI) | |
| Pour usage administratif seulement | | |
| Complété: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si non, raison _____ |
| Perdu au FU: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, raison _____ |

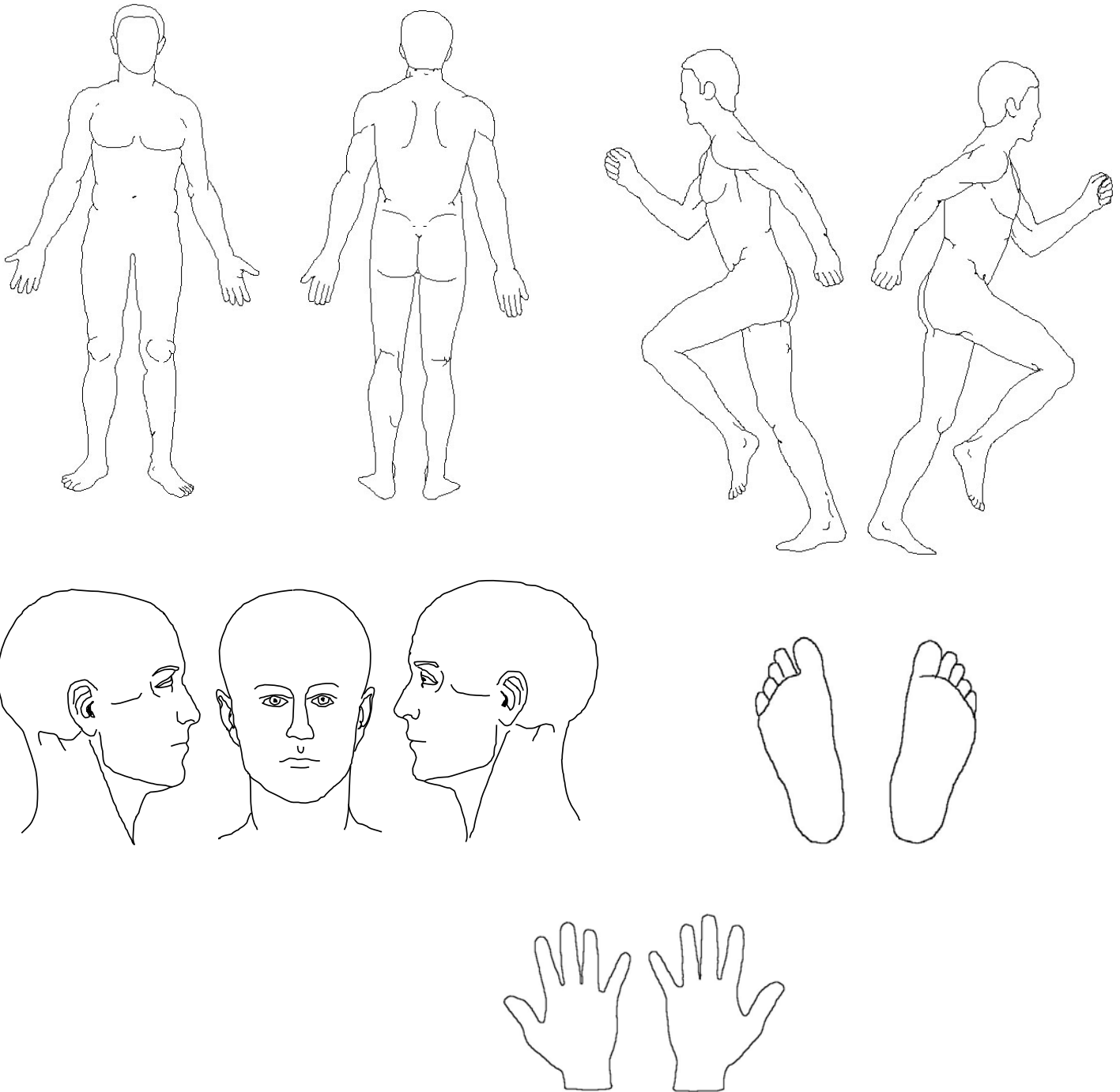
Vous trouverez dans ce document, une série de questions portant sur votre douleur. Cette information nous aidera à mieux comprendre votre douleur, l'impact qu'elle a sur votre vie, de même que vos besoins spécifiques.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses. Répondez aux questions au meilleur de votre connaissance

 Vous devez compléter seul ce questionnaire. Néanmoins, si un problème physique limite votre capacité à écrire, un membre de votre famille ou un ami peut vous aider à écrire vos réponses aux questions, mais il/elle ne doit en aucun moment influencer vos choix.

Votre douleur

1. Sur les diagrammes ci-dessous, coloriez la (ou les) régions où vous ressentez de la douleur.
2. Par la suite, indiquez à l'aide d'une flèche l'endroit qui interfère le plus avec votre vie quotidienne (UN SEUL ENDROIT)



Veillez répondre aux questions suivantes en ne tenant compte que de l'endroit douloureux qui interfère le plus avec votre vie quotidienne

Veillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux :

1. La douleur que vous ressentez MAINTENANT

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aucune | | | | | | | | | | La pire douleur possible |
| douleur | | | | | | | | | | |

2. La douleur que vous avez ressentie EN MOYENNE OU EN GÉNÉRAL au cours des 7 derniers jours

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aucune | | | | | | | | | | La pire douleur possible |
| douleur | | | | | | | | | | |

3. LA PIRE douleur que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aucune | | | | | | | | | | La pire douleur possible |
| douleur | | | | | | | | | | |

***** Si vous n'avez pas ressenti de douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez indiquer «0» aux questions 1, 2 et 3.**

INVENTAIRE DE LA DOULEUR (BPI)

Veillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre (vos):

Si vous n'avez ressenti aucune douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez encercler « 0 » sur les échelles

A. Activité générale

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

B. Humeur

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

C. Capacité à marcher

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

D. Travail (inclus le travail à la maison et à l'extérieur)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

E. Relations avec les autres

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

F. Sommeil

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

INVENTAIRE DE LA DOULEUR (BPI) (SUITE)

G. Goût de vivre

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

H. Soins personnels

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

I. Activités récréatives

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

J. Activités sociales

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| N'interfère pas | | | | | | | | | | Interfère complètement |

SOMMEIL ET DOULEUR

Pour chacune des questions suivantes, choisissez le chiffre qui décrit le mieux à quelle fréquence la douleur a perturbé votre sommeil au cours des 4 dernières semaines

7. À quelle fréquence avez-vous eu de la difficulté à vous endormir à cause de la douleur?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

8. À quelle fréquence avez-vous eu besoin de somnifère pour vous aider à vous endormir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

9. À quelle fréquence avez-vous été réveillé par votre douleur durant la nuit?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

10. À quelle fréquence avez-vous été réveillé par votre douleur le matin?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

11. Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux la qualité globale de votre sommeil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très mauvais Excellent

RCD

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions quand vous avez de la douleur.

Quand j'ai de la douleur...

| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
|--|-------------|-------------|------------------|----------|---------------|
| 1. J'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je sens que je ne peux pas continuer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera pas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. J'ai peur que la douleur s'empire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Je ne peux m'empêcher d'y penser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Je ne fais que penser à quel point ça fait mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Je me demande si quelque chose de grave va se produire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

BDI I

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement **tous les énoncés** pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le **mieux** la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **sept derniers jours, aujourd'hui compris**. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. **Veillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.**

- | | | |
|----------|---|---|
| 1 | 0 | Je ne me sens pas triste |
| | 1 | Je me sens triste |
| | 2 | Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir |
| | 3 | Je suis si triste que je ne peux le supporter |
| | | |
| 2 | 0 | Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir |
| | 1 | Je me sens découragé(e) par l'avenir |
| | 2 | J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie |
| | 3 | J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer |
| | | |
| 3 | 0 | Je ne me considère pas comme un(e) raté(e) |
| | 1 | J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels |
| | 2 | Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs |
| | 3 | J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie |

BDI I (suite)

- | | | |
|----------|---|--|
| 4 | 0 | Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant |
| | 1 | Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant |
| | 2 | Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit |
| | 3 | Tout me rend insatisfait ou m'ennuie |
| 5 | 0 | Je ne me sens pas particulièrement coupable |
| | 1 | Je me sens coupable une bonne partie du temps |
| | 2 | Je me sens coupable la plupart du temps |
| | 3 | Je me sens continuellement coupable |
| 6 | 0 | Je n'ai pas l'impression d'être puni(e) |
| | 1 | J'ai l'impression que je pourrais être puni(e) |
| | 2 | Je m'attends à être puni(e) |
| | 3 | J'ai l'impression d'être puni(e) |
| 7 | 0 | Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi |
| | 1 | Je suis déçu(e) de moi |
| | 2 | Je suis dégoûté(e) de moi |
| | 3 | Je me haïs |

BDI I (suite)

- 8**
- 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
 - 1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
 - 2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
 - 3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
- 9**
- 0 Je ne pense aucunement à me suicider
 - 1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
 - 2 J'aimerais me suicider
 - 3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
- 10**
- 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
 - 1 Je pleure plus qu'avant
 - 2 Je pleure continuellement maintenant
 - 3 Avant je pouvais pleurer, mais maintenant j'en suis incapable
- 11**
- 0 Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant
 - 1 Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement qu'auparavant
 - 2 Je suis continuellement irrité(e)
 - 3 Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant

BDI I (suite)

- 12**
- 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
 - 1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
 - 2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
 - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens
- 13**
- 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
 - 1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant
 - 2 J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
 - 3 Je ne peux plus prendre de décisions
- 14**
- 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
 - 1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant(e)
 - 2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e)
 - 3 J'ai l'impression d'être laid(e)
- 15**
- 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant
 - 1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 - 2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 - 3 Je ne peux faire aucun travail

BDI I (suite)

- 16**
- 0 Je dors aussi bien que d'habitude
 - 1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant
 - 2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
 - 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
- 17**
- 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé
 - 1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
 - 2 Je me fatigue pour un rien
 - 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit
- 18**
- 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
 - 1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il l'était
 - 2 Mon appétit a beaucoup diminué
 - 3 Je n'ai plus d'appétit du tout
- 19**
- 0 Je n'ai pas perdu de poids dernièrement
 - 1 J'ai perdu plus de 5 livres
 - 2 J'ai perdu plus de 10 livres
 - 3 J'ai perdu plus de 15 livres

Je suis présentement un régime Oui _____ Non _____

BDI I (suite)

20

0

Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude

1

Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation

2

Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose

3

Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose

21

0

Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe

1

J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant

2

J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels

3

J'ai perdu tout désir sexuel

HUMEUR

1) Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) en colère au cours des 7 dernier jours?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Pas du tout

Extrêmement

ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE SF-12v2

Votre Santé et Votre Bien-Être

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités courantes.

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case ☐ correspondant le mieux à votre réponse.

1. En général, diriez-vous que votre santé est:

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Excellente | Très bonne | Bonne | Passable | Mauvaise |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

2. Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle mesure?

| | | |
|---|--|---|
| Mon état de santé me limite beaucoup | Mon état de santé me limite un peu | Mon état de santé ne me limite pas du tout |
| ▼ | ▼ | ▼ |

a) Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf..... ☐₁..... ☐₂..... ☐₃

b) Pour monter plusieurs étages à pied..... ☐₁..... ☐₂..... ☐₃

3. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique?

| | | | | |
|------------------|----------|---------|---------------|--------|
| <i>La</i> | | | | |
| <i>plupart</i> | | | | |
| Tout le temps | du temps | Parfois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

- a) Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅
- b) Avez-vous été limité(e) dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

4. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux(se))?

| | | | | |
|------------------|----------|---------|---------------|--------|
| <i>La</i> | | | | |
| <i>plupart</i> | | | | |
| Tout le temps | du temps | Parfois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

- a) Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅
- b) Avez-vous fait votre travail ou vos autres activités avec moins de soin qu'à l'habitude? ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅

5. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

| Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Énormément |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

6. Ces questions portent sur les quatre dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e). Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois:

| Tout le temps | La plupart du temps | Parfois | Rarement | Jamais |
|---------------|---------------------|---------|----------|--------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

- a) Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)?.....☐₁.....☐₂.....☐₃.....☐₄.....☐₅
- b) Avez-vous eu beaucoup d'énergie?☐₁.....☐₂.....☐₃.....☐₄.....☐₅
- c) Vous êtes-vous senti(e) triste et démoralisé(e)?.....☐₁.....☐₂.....☐₃.....☐₄.....☐₅

8. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)?

| Tout le temps | La plupart du temps | Parfois | Rarement | Jamais |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Au cours des 6 derniers mois, est-ce que :

3. Votre douleur s'est:

- ☐₀ Considérablement détériorée
- ☐₁ Beaucoup détériorée
- ☐₂ Un peu détériorée
- ☐₃ Inchangée
- ☐₄ Un peu améliorée
- ☐₅ Beaucoup améliorée
- ☐₆ Considérablement améliorée

4. Votre fonctionnement s'est:

- ☐₀ Considérablement détérioré
- ☐₁ Beaucoup détérioré
- ☐₂ Un peu détérioré
- ☐₃ Inchangé
- ☐₄ Un peu amélioré
- ☐₅ Beaucoup amélioré
- ☐₆ Considérablement amélioré

3. Votre qualité de vie s'est:

- ☐₀ Considérablement détériorée
- ☐₁ Beaucoup détériorée
- ☐₂ Un peu détériorée
- ☐₃ Inchangée
- ☐₄ Un peu améliorée
- ☐₅ Beaucoup améliorée
- ☐₆ Considérablement améliorée

4. Veuillez indiquer sur l'échelle suivante le pourcentage de soulagement de votre douleur d'arthrose du genou que vous avez observé au cours des 6 derniers mois.

| | | | | | | | | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|
| 0 % | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| | | | | | | | | | | % |
| Aucun | | | | | | | | | | Soulagement |
| soulagement | | | | | | | | | | complet |

ÉCHELLE DE SATISFACTION face aux traitements de la douleur

*****CETTE SECTION DE QUESTIONNAIRE NE SERA PAS REMISE AU MÉDECIN OU AU
PERSONNEL SOIGNANT,
ELLE DEMEURERA CONFIDENTIELLE**

1. Veuillez indiquer votre degré de satisfaction face aux traitements de la douleur de l'arthrose du genou que vous avez reçus à la Clinique de la douleur au cours des 6 derniers mois

☐₁ Très insatisfait(e)

☐₂ Insatisfait(e)

☐₃ Un peu insatisfait(e)

☐₄ Un peu satisfait(e)



☐₅ Satisfait(e)

☐₆ Très satisfait(e)

HABITUDES DE CONSOMMATION

CIGARETTES

1. Quel énoncé décrit le mieux vos habitudes par rapport à la cigarette au cours des 6 derniers mois?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ Je n'ai jamais fumé |
| <input type="checkbox"/> ₁ J'ai déjà fumé mais je ne fume plus: <div style="text-align: right;"> 1a. nombre de cigarettes par jour <input type="text"/> <input type="text"/></div> |
| <input type="checkbox"/> ₂ Je suis un fumeur: <div style="text-align: right;"> 1b. nombre de cigarettes par jour <input type="text"/> <input type="text"/></div> |

ALCOOL

Les questions suivantes portent sur votre consommation d'alcool. Lorsqu'on parle de "boisson alcoolisée" ou d'un "verre", on entend par là:« Une bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût ; ou un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin (« cooler ») ; ou un verre ou un cocktail contenant 1½ once de spiritueux. »

1. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ Jamais | <input type="checkbox"/> ₄ Une fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/> ₅ 2 à 3 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₂ Une fois par mois | <input type="checkbox"/> ₆ 4 à 6 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> ₃ 2 à 3 fois par mois | <input type="checkbox"/> ₇ Tous les jours |

2. Au cours des 6 derniers mois, combien de verres avez-vous bu, en moyenne:

par semaine? ou par mois?

3. Au cours des 6 derniers mois:

| | Non | Oui |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| b) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| c) Avez-vous déjà éprouvé de la gêne ou de la culpabilité parce que vous consommiez de l'alcool? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| d) Avez-vous déjà senti le besoin de prendre de l'alcool pour vous éveiller le matin? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

DROGUES

1. Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pris l'une ou l'autre des substances suivantes?

| | Jamais | Moins d'une fois par mois | 1 à 3 fois par mois | Une fois par semaine | Plus d'une fois par semaine | Chaque jour |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Marijuana, cannabis ou hashish | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Cocaïne ou crack | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Héroïne | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Ecstasy | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Autres: <i>LSD, Mescaline, PCP, Acide...</i> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

2. Au cours des 6 derniers mois :

| | Non | Oui |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de drogue? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| b) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de drogue? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| c) Avez-vous déjà éprouvé de la gêne ou de la culpabilité parce que vous consommiez de la drogue? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| d) Avez-vous déjà senti le besoin de prendre de la drogue pour vous éveiller le matin? | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

| | | |
|---|--|--|
| 1. CONDITION DE VIE ACTUELLE Avec qui habitez-vous ? (cochez la ou les cases appropriées) | <input type="checkbox"/> Seul (e) <input type="checkbox"/> Conjoint (e) <input type="checkbox"/> Enfant (s) <input type="checkbox"/> Petits-enfants | <input type="checkbox"/> Parent (s) <input type="checkbox"/> Frère, sœur etc. <input type="checkbox"/> Colocataire (s) <input type="checkbox"/> Pas de condition de vie stable |
| 2. STATUT CIVIL | <input type="checkbox"/> ₁ Célibataire <input type="checkbox"/> ₂ Marié(e) ou union libre <input type="checkbox"/> ₃ Séparé(e) ou divorcé(e) <input type="checkbox"/> ₄ Veuf (ve) | |
| 3. TRAVAIL Quelle est votre statut d'emploi <u>actuel</u> ? (cochez la ou les cases appropriées) | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₁ Travail à temps complet <input type="checkbox"/>₂ Travail à temps partiel <input type="checkbox"/>₃ À la maison <input type="checkbox"/>₄ Étudiant(e) <input type="checkbox"/>₅ Retraité(e) </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₆ Invalidité temporaire <input type="checkbox"/>₇ Invalidité permanente <input type="checkbox"/>₈ Sans emploi <input type="checkbox"/>₉ Mise à pied <input type="checkbox"/>₁₀ Bénévole <input type="checkbox"/>₁₁ Autre. <i>Spécifiez:</i> _____ </div> </div> | |
| 4. REVENU FAMILIAL <i>(A noter que toutes les informations recueillies dans ce questionnaire demeureront strictement confidentielles et seront traitées sur une base anonyme)</i> | Quelle catégorie représente le mieux votre revenu familial annuel avant les déductions ? | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₀ Moins de 20 000\$ <input type="checkbox"/>₁ 20 000 – 34 999\$ <input type="checkbox"/>₂ 35 000 – 49 999\$ <input type="checkbox"/>₃ 50 000 – 64 999\$ <input type="checkbox"/>₄ 65 000 – 79 999\$ </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/>₅ 80 000 – 99 999\$ <input type="checkbox"/>₆ 100 000 – 119 999\$ <input type="checkbox"/>₇ 120 000\$ et plus <input type="checkbox"/>₈ Je ne désire pas répondre </div> </div> |

PRINCIPALE SOURCE DE REVENU

1. Veuillez indiquer votre **principale** source de revenu. (*Sélectionnez un choix seulement*)

- ☐₁ Revenu d'un emploi ou salaire
- ☐₂ Prestations d'invalidité de la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au travail)
- ☐₃ Prestations d'invalidité de la SAAQ (Société d'assurance-automobile du Québec)
- ☐₄ Prestations d'invalidité de l'IVAQ (Indemnisation des victimes d'actes criminels).
- ☐₅ Prestations d'invalidité de l'employeur.
- ☐₆ Prestations d'invalidité d'un programme d'assurance personnelle
- ☐₇ Pension de retraite (pension de retraite, sécurité de la vieillesse ou RRQ)
- ☐₈ Prestation d'invalidité du régime de pension du Canada
- ☐₉ Assurance-emploi
- ☐₁₀ Assistance sociale
- ☐₁₁ Économies personnelles ou investissements
- ☐₁₂ Revenu assuré pour handicap sévère
- ☐₁₃ Membre de la famille
- ☐₁₄ Autre. *Spécifiez:* _____

2. Recevez-vous, actuellement, des prestations d'invalidité de

| | | |
|--|---|---|
| De la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De la SAAQ (Société d'Assurances automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'employeur | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| D'un programme d'assurance personnelle | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

3. Y a-t-il des démarches en cours pour obtenir des prestations d'invalidité

| | | |
|--|---|---|
| De la CSST (Commission de la Santé et Sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De la SAAQ (Société d'Assurances automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| De l'employeur | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| D'un programme d'assurance personnelle | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

3.1 Si oui, y a-t-il un litige en cours en lien avec cette réclamation ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ non applicable

Merci beaucoup d'avoir complété ce questionnaire.

*****Veuillez vous assurer que vous avez bel et bien répondu à toutes les questions.**

Il est très IMPORTANT pour nous qu'il n'y ait pas de données manquantes au moment des analyses.

Si certaines réponses sont manquantes, nous serons dans l'obligation de vous rappeler.

ANNEXE V : Questionnaire infirmière (suivi à 6 et 12 mois)

| | | |
|--|--|------------------------------|
| IDENTIFICATION DU PATIENT - site # pt # | QUESTIONNAIRE INFIRMIÈRE VISITE DE SUIVI À COMPLÉTER AVEC LE PATIENT ET À L'AIDE DU DOSSIER MÉDICAL | REGISTRE QUÉBEC DOULEUR 2 |
| Date questionnaire complété - - 20 <input type="text"/> Jour Mois (ex: JUN) Année | <div> 6 MOIS (OBLIGATOIRE) 12 MOIS (SI SUIVI) </div> | |
| Pour usage administratif seulement | | |
| Complété: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, raison | |
| Perdu au FU: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, raison | |

Caractéristiques de la douleur

1. Comment décrivez-vous la fréquence de votre douleur au cours des 7 derniers jours?

☐₁ Présente continuellement

☐₂ Présente occasionnellement:



Pendant combien de jours avez-vous ressenti de la douleur au cours des 7 derniers jours?

jours

☐₃ Aucune douleur :



Si vous n'avez pas ressenti de douleur au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous avez

ressenti de la douleur au cours du dernier mois? jours

.

Questionnaire DN4

S.V.P. répondre aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item. Si le patient souffre de douleur à plus d'un endroit, lui demander de tenir compte de l'endroit où la douleur interfère le plus avec sa vie quotidienne quand il répond aux questions suivantes :

Question 1 : Votre douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

| | non | oui |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Brûlure | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 2- Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 3- Décharges électriques | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

| | non | oui |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 4- Fourmillements | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 5- Picotements | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 6- Démangeaisons | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 7- Engourdissements | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

*****SI LE PATIENT A RÉPONDU NON À TOUS LES SYMPTÔMES DE LA QUESTION 1 ET 2, LE MÉDECIN N'A PAS À FAIRE L'EXAMEN DU PATIENT, DONC NON APPLICABLE**

EXAMEN DU PATIENT (Voir techniques)

☐ Pas de visite à la Clinique de douleur à ce suivi

☐ NON APPLICABLE

Question 3 :

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence l'une des caractéristiques suivantes?

| | non | oui |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 8- L'hypoesthésie au tact | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| 9- L'hypoesthésie à la piqure | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

| | non | oui |
|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 10- Le frottement | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

traitements utilisés pour soulager la douleur

Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous utilisez actuellement pour soulager votre douleur et ceux que vous avez essayés au cours des 6 derniers mois

| Traitements | Jamais utilisé | Utilisé actuellement | | | Utilisé au cours des 6 derniers mois | | | Ne sait pas |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | |
| Interventions | | | | | | | | |
| 1. Injections (bloc ou autres techniques). <i>Si utilisées, spécifiez le numéro de code à l'aide de la fiche de référence des interventions et noter combien de fois reçu</i> | <input type="checkbox"/> 1 | | | | | | | |
| a) Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Combien de fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| b) Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Combien de fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| c) Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Combien de fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| d) Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Combien de fois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <i>Si autre, spécifiez : _____</i> | | | | | | | | |
| 2. Implant d'une pompe | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| | | | | | | | | |
| 3. Implant d'un neurostimulateur | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| | | | | | | | | |
| 4. Chirurgie <i>Si utilisée, spécifiez le type de chirurgie</i> | <input type="checkbox"/> 1 | | | | | | | |
| a) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| b) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| c) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| d) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| e) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| f) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| g) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| h) _____ | | | | | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |

| Traitements | Jamais utilisé | Utilisé actuellement | | | Utilisé dans le passé | | | Ne sait pas |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Techniques psychologiques | | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | Efficace | Partiellement efficace | Non efficace | |
| 1. Technique de relaxation/respiration | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 2. Méditation | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 3. Hypnose | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 4. Imagerie mentale | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 5. Techniques de distraction | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 6. Psychothérapie individuelle | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 7. Psychothérapie de groupe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 8. Groupe de support (patients uniquement) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 9. Autre, spécifiez, _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| Traitements physiques | | | | | | | | |
| 1. Exercices de physiothérapie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 2. Ergothérapie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 3. Hydrothérapie/ aquathérapie / bain | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 4. Électrostimulation (TENS) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 5. Stimulation intramusculaire (aiguille sèche) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 6. Ultrasons | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 7. Biofeedback | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 8. Acupuncture | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 9. Massothérapie / Massage | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 10. Chiropraxie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 11. Ostéopathie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 12. Toucher thérapeutique | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 13. Réflexologie | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 14. Reiki | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 15. Thérapie magnétique | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 16. Autre, spécifiez, _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| Autres types de traitements contre la douleur | | | | | | | | |
| 1. Spécifiez: _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| 2. Spécifiez: _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ | <input type="checkbox"/> ₇ | <input type="checkbox"/> ₈ |

2. Détailler tous les médicaments utilisés en ce moment pour soulager la douleur

Ne pas inscrire les analgésiques utilisés à l'occasion seulement, comme par exemple : advil, 2 fois par mois

☐_0 Aucun médicament, cannabis, marijuana, haschich ou produit naturel utilisé pour soulager la douleur

| Analgésiques | Posologie | Unités | Fréquence (Ne pas écrire PRN, demandez au patient la fréquence d'utilisation réelle) | Date de début Ex.:jun-2008 | Non efficace | Efficace | Ne sait pas |
|---------------------|------------|--|--|---|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Ex : Tylenol | 650 | <input checked="" type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input checked="" type="checkbox"/> _4 Autre, 6 fois par: <input checked="" type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | JUN-2008 | <input type="checkbox"/> _0 | <input checked="" type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |
| | | <input type="checkbox"/> _0 mg <input type="checkbox"/> _1 mcg <input type="checkbox"/> _2 ui | <input type="checkbox"/> _0 die <input type="checkbox"/> _1 bid <input type="checkbox"/> _2 tid <input type="checkbox"/> _3 qid <input type="checkbox"/> _4 Autre, __ fois par: <input type="checkbox"/> _jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> _0 | <input type="checkbox"/> _1 | <input type="checkbox"/> _2 |

MEDICATION ACTUELLE CONTRE LA DOULEUR (suite)

| | Posologie | Unités | Fréquence (Ne pas écrire PRN, demandez au patient la fréquence d'utilisation réelle) | Date de début Ex.:jun-2008 | Non efficace | Efficace | Ne sait pas |
|---|--|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, ____ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, ____ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Marijuana, cannabis ou haschich utilisé pour soulager la douleur | Vous pouvez inscrire ND (non disponible) si le nombre de mg, mcg ou ui est inconnu | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, ____ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Produits naturels contre la douleur (Homéopathie, médecine chinoise ou autres) | Vous pouvez inscrire ND (non disponible) si le nombre de mg, mcg ou ui est inconnu | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, ____ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| | | <input type="checkbox"/> ₀ mg <input type="checkbox"/> ₁ mcg <input type="checkbox"/> ₂ ui | <input type="checkbox"/> ₀ die <input type="checkbox"/> ₁ bid <input type="checkbox"/> ₂ tid <input type="checkbox"/> ₃ qid <input type="checkbox"/> ₄ Autre, ____ fois par: <input type="checkbox"/> jr <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mois | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Effets secondaires

| 2. Ressentez-vous l'un ou l'autre des effets secondaires suivants à CAUSE DE VOTRE TRAITEMENT ACTUEL (analgésiques ou autre) CONTRE LA DOULEUR? | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 2.22. Vertige / étourdissement? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.23. Somnolence ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.24. Confusion ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.25. Nausée ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.26. Vomissement? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.27. Perte de mémoire ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.28. Bouche sèche ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.29. Démangeaison ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.30. Inconfort abdominal ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.31. Constipation ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.32. Ralentissement du débit urinaire ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.33. Fatigue ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.34. Insomnie ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.35. Enflure ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.36. Gain de poids ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.37. Vision brouillée ? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.38. Baisse de libido? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.39. Hallucinations? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.40. Cauchemars? | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.41. Autres : (spécifiez) _____ | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |
| 2.42. Autres : (spécifiez) _____ | <input type="checkbox"/> ₀ aucun | <input type="checkbox"/> ₁ léger | <input type="checkbox"/> ₂ modéré | <input type="checkbox"/> ₃ sévère |

3. S.V.P. détailler tous les autres médicaments utilisés en ce moment
☐ ₀ Aucun autre médicament utilisé en ce moment

| |
|--|
| Autres médicaments (inscrire le nom seulement). |
| <i>Poser question pour Anticoagulothérapie</i> |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Produits naturels <i>autre que pour douleur</i> (inscrire le nom seulement) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

4. Allergie aux médicaments

Non ☐ ₀Oui ☐ ₁ précisez, _____

5. Intolérance aux médicaments

Non ☐ ₀Oui ☐ ₁ précisez, _____

ANALGÉSQUES UTILISÉS DANS LES DERNIERS 6 MOIS

1. Avez-vous utilisé des médicaments pour la douleur, au cours des 6 derniers mois, qui par la suite on été cessés.

Non ☐₀, Si non, allez à la section des visites chez un professionnel de la santé, p.13

Oui ☐₁, Si oui, spécifiez quelle médication ainsi que la ou les raisons pour lesquelles l'utilisation a été cessée.

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours <u>des 6 derniers mois</u> mais cessés | | | Utilisés au cours <u>des 6 derniers mois</u> mais cessés à cause de: | | | | |
|---|-----------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 2. AINS/COXIBS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Non sélectif | ex : Advil, Motrin... | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Inhibiteurs Cox-2 | Celebrex | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. ACÉTAMINOPHÈNE (tylenol, atasol) | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. ANTICONVULSIVANTS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Gabapentine | Neurontin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Pregabaline | Lyrica | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Lamotrigine | Lamictal | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Clonazepam | Rivotril | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Carbamazepine | Tegretol | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Levetiracetam | Keppra | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| g) Oxcarbamazepine | Trileptal | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| h) Phénytoin | Dilantin | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| i) Topiramate | Topamax | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| j) Acide valproïque | Depakene | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| k) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours <u>des 6 derniers mois</u> mais cessés | | | Utilisés au cours <u>des 6 derniers mois</u> mais cessés à cause de : | | | | |
|--|-------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 5. ANTIDÉPRESSEURS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Amitriptyline | <i>Elavil</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Desipramine | <i>Norpramin</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Doxepin | <i>Sinequan</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Imipramine | <i>Tofranil</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Nortriptyline | <i>Aventyl</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Bupropion | <i>Wellbutrin</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| g) Citalopram | <i>Celexa</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| h) Fluoxetine | <i>Prozac</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| i) Fluvoxamine | <i>Luvox</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| j) Mirtazapine | <i>Remeron</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| k) Paroxetine | <i>Paxil</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| l) Sertraline | <i>Zoloft</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| m) Trazodone | <i>Desyrel</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| n) Venlafaxine | <i>Effexor</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| o) Duloxétine | <i>Cymbalta</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| p) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. RELAXANTS MUSCULAIRES si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Baclofen | <i>Lioresal</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Cyclobenzaprine | <i>Flexeril</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Methocarbamol | <i>Robaxin</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Orphenadrine | <i>Norflex</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Tizanidine | <i>Zanaflex</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. CANNABINOÏDES SYNTHETIQUES si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Nabilone | <i>Cesamet</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Dronabinol | <i>Marinol</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours <u>des 6 derniers mois</u> mais cessés | | | Utilisés au cours <u>des 6 derniers mois</u> mais cessés à cause de : | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| | | Non | Oui | Ne sait pas | | | | | |
| 8. CANNABINOÏDES NATURELS si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Sativex | | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Marijuana | | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. HORS CATÉGORIE | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Tramadol | <i>Tramacet à libération immédiate</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Tramadol | <i>Tramacet à libération prolongée</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Clonidine | <i>Catapres</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Mexilitine | <i>Mexetil</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Flécaïnide | <i>Tambocorl</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 10. OPIOÏDES à libération immédiate Si utilisé, spécifiez : | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Codeine | 222, 282/292 Emtec 30 Exdol 8,15,3; Triatec 8,30 Atasol 8,15,30 Tylenol 1,2,3 | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Morphine | M.O.S. MS IR Statex | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) Oxycodone | Oxy IR Oxycocet Supeudol Percocet Endocet Percodan Endodan | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| d) Hydromorphone | <i>Dilaudid</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| e) Méthadone | <i>Metadol</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Mépéridine | <i>Démérol</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 11. OPIOÏDES à libération prolongée si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | | | | | |
| a) Codeine | <i>Codeine Contin</i> | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) Morphine | Ms Contin M-Eslon Oramorph SR M.O.S. SR Kadian | | <input type="checkbox"/> ₁ | | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| MÉDICAMENTS | | Utilisés au cours des 6 derniers mois mais cessés | | | Utilisés au cours des 6 derniers mois mais cessés à cause de : | | | | |
|--|--|---|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | | Non | Oui | Ne sait pas | Effets secondaires | Coût | Manque d'efficacité | N'est plus nécessaire pour le moment | Ne sait pas ou autre raison |
| 11. OPIOÏDES à libération prolongée si utilisé, spécifiez: | | | | | | | | | |
| c) Oxycodone | <i>OxyContin</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Hydromorphone | <i>Hydromorph Contin</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) Fentanyl | <i>Duragesic Ratio-fentanyl Ram-fentanyl</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS NMDA si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | | | | | |
| a) Kétamine | <i>Ketalar</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Dextrometorphan | <i>(sirop contre la toux avec DM)</i> | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Autre (spécifiez) | _____ | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. AGENTS TOPIQUES si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | | | | | |
| a) Capsaïcine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) EMLA | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Licodaine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Amytriptiline | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) Clodinine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Ketamine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g) NSAIDS | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h) Diltiazem 2% | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| i) Nitroglycérine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| j) Morphine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| k) Doxépine | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| l) Autres (spécifier) | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. AUTRES PRODUITS UTILISÉ POUR CONTRER LA DOULEUR si utilisé, spécifiez: | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | | | | | |
| a) Herbes/ Produits | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Produits homéopathiques | | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Autre, spécifiez | _____ — | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Autre, spécifiez | _____ — | | <input type="checkbox"/> 1 | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

VISITES CHEZ UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un ou plusieurs de ces professionnels de la santé pour votre douleur.

| | Non | Oui | Si oui, indiquez le nombre de fois: | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| | | | À la clinique ou dans l'hôpital | À l'extérieur de l'hôpital |
| 1. Anesthésiste | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 2. Neurologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 3. Neurochirurgien | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 4. Orthopédiste | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 5. Spécialiste en physiothérapie et réhabilitation | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 6. Psychiatre | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 7. Rhumatologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 8. Omnipraticien (médecin de famille) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 9. Centre de réadaptation: Lucie Bruneau (HDM), Constance Lethbridge (Mc Gill), Robert Giffard (Qc), Centre réadaptation Estrie (CHUS) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 10. Ergothérapeute (autre que centre de réadaptation du #9) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 11. Physiothérapeute (autre que centre de réadaptation du #9) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 12. Psychologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 13. Infirmière | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 14. Travailleur social | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 15. Acupuncteur | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 16. Chiropraticien | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 17. Massothérapeute | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 18. Ostéopathe | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 19. Kinésiothérapeute | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 20. Naturopathe | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 21. Homéopathe | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 22. Radiologiste (pour intervention, par ex. infiltration) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 23. Gynécologue | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 24. Dentiste | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 25. Clinique de douleur (autre que celle-ci) | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |
| 26. Autre concernant la douleur. <i>Spécifiez</i> | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | | |

HISTOIRE MÉDICALE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

Est-il apparu de nouveaux problèmes de santé au cours des 6 derniers mois (autre que le problème de douleur)?

Non ☐₀

Oui ☐₁, Si oui, notez les nouveaux problèmes apparus dans le tableau.

| | Oui (nouveau) | Précisions |
|---|--------------------------|---|
| 1. Diabète <input type="checkbox"/> type 1 ou <input type="checkbox"/> type 2 | <input type="checkbox"/> | |
| 2. HTA (hypertension) | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Dyslipidémie (hypercholestérolémie) | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Angine/ Infarctus | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> | |
| 6. AVC (Accident vasculaire cérébral) | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> | |
| 8. MPOC | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Asthme | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Troubles anxieux | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Troubles dépressifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ₁ A nécessité médication <input type="checkbox"/> ₂ A nécessité hospitalisation |
| 12. Colon irritable | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Céphalée chronique/Migraine | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil (Restless Leg Syndrome) | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Dysménorrhée | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Cystite interstitielle | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Bruxisme (grincement ou serrement des dents durant le sommeil) | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Ronflement chronique | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Arthrite rhumatoïde/Ostéoarthrite (arthrose) | <input type="checkbox"/> | |
| 21. Douleur articulation temporo-mandibulaire | <input type="checkbox"/> | |
| 22. Autres, spécifiez _____ | <input type="checkbox"/> | |
| 23. Autres, spécifiez _____ | <input type="checkbox"/> | |

HISTOIRE MÉDICALE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS (suite)

24) Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous rendu à l'urgence à cause de votre douleur?

☐₀ Non

☐₁ Oui, combien de fois :

25) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été hospitalisé à cause de votre douleur ?

☐₀ Non

☐₁ Oui, combien de fois : nombre total de jours :

MOBILITÉ

26) Devez-vous utiliser un appareil pour vous déplacer lorsque vous êtes à la maison?

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ | Aucun besoin d'appareil pour me déplacer |
| <input type="checkbox"/> ₁ | Canne |
| <input type="checkbox"/> ₂ | Marchette |
| <input type="checkbox"/> ₃ | Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> ₄ | Autre, spécifiez : _____ |

27) Devez-vous utiliser un appareil pour vous déplacer à l'extérieur de la maison? (rendez-vous par ex.)

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ | Aucun besoin d'appareil pour me déplacer |
| <input type="checkbox"/> ₁ | Canne |
| <input type="checkbox"/> ₂ | Marchette |
| <input type="checkbox"/> ₃ | Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> ₄ | Autre, spécifiez : _____ |

28) L'appareil que vous utilisez est-il relié à la douleur qui vous amène à consulter la Clinique de douleur?

☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₂ Non applicable

DIAGNOSTIC ÉTABLI PAR LE MÉDECIN DE LA CLINIQUE DE LA DOULEUR

5. Veuillez inscrire, le ou les diagnostics établis par le médecin de la clinique de la douleur, en inscrivant le ou les numéros de code correspondant à partir de la *fiche de référence des diagnostics*.

(Veuillez répéter le même diagnostic si celui-ci n'a pas changé en cours de suivi et en ajouter d'autres s'il y a lieu)

☐₀ Pas de visite à la Clinique de douleur à ce suivi

| Code général du diagnostic (chiffre) | Code spécifique du diagnostic <i>si indiqué au dossier</i> (chiffres) | Codes de l'étiologie <i>si indiqué au dossier</i> (chiffre et lettre) |
|---|---|---|
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Si autre, spécifiez : | <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Date des visites à la clinique de douleur AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

| Jour-mois-année (Ex. 15-JUN-2008) | Jour-mois-année (Ex. 15-JUN-2008) |
|--|--|
| 1. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 11. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 12. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 13. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 14. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 15. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 16. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 17. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 18. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 19. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 10. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 20. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Questionnaire complété par :

Nom de l'infirmière du registre

Signature

jour

mois (JUN)

année

- - 20